

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA,
DE LA CIUDAD DE MACHALA, AÑO 2007

Tesis previa a la obtención del Título de Médico

AUTORAS: MARÍA DEL CARMEN ARICHABALA V.
MARÍA JOSÉ ASTUDILLO AVILA

DIRECTOR: DR. JAIME ÑAUTA
ASESORA: DRA. ASTRID FEICAN

CUENCA – ECUADOR.

2008

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de abortos, las características generales y antecedentes ginecológicos - obstétricos en las adolescentes que acudieron al Hospital Teófilo Dávila desde Enero hasta Diciembre del 2007.

Métodos: El estudio realizado es de tipo descriptivo orientado a determinar la frecuencia y los factores asociados en adolescentes que acudieron al Hospital Teófilo Dávila con diagnóstico de aborto desde enero del 2007 hasta diciembre del 2007 fueron en un número de 152, de los cuales 62% fueron abortos inducidos y 38% espontáneos, el 69% tienen entre 17 - 19 años de edad, el 68% estaban en unión libre con sus parejas, el 39% únicamente completaron la primaria y el 37% no completo la secundaria, el 67% era de procedencia urbana, la ocupación fue de QQDD en un 80%, el 76% de los casos era su primer aborto, el 55% no se realizaron controles, el 59.9% no presento ningún antecedente aborto, el promedio de controles prenatales fue de 55% que no se realizaron controles, el 59,9 % no presento ningún antecedente patológico personal, el 40% presentan otras patologías diferentes a las señaladas, el 90% no uso métodos anticonceptivos, el 39% de las adolescentes no tuvo hábitos tóxicos y finalmente el 60% no consumió vitaminas durante el embarazo.

Conclusiones: La frecuencia de abortos en mujeres adolescentes es mayor que en mujeres adultas, se registraron 152 casos de adolescentes con

diagnostico de aborto encontrándose que los mayores factores que influyen fueron la edad de 17 -19 años. La unión libre, no poseen profesión, residen en la zona urbana marginal, como antecedente patológicos familiares la H.T.A, no se realizaron ningún control prenatal, no usaron métodos anticonceptivos.

PALABRAS CLAVES: Adolescentes-Embarazo-Aborto

SUMMARY

Objective: To determine the frequency of abortions, general features and gynecological history - obstetric among adolescents who came to Teofilo Davila Hospital from January to December 2007.

Methods: The study is a descriptive seek to determine the frequency and associated factors in adolescents who came to the Hospital Teofilo Davila diagnosed with abortion from January 2007 through December 2007 were in a number of 152, of whom 62% induced abortions were spontaneous and 38%, 69% are between 17 to 19 years of age, 68% were free union with their partners, 39% completed only primary education and 37% did not complete high school, 67% era of urban origin, the occupation was QQDD by 80%, 76% of the cases was their first abortion, 55% were not carried out checks, 59.9% did not provide any antecedent abortion, the average number of antenatal checks was 55% were not carried out checks, 59.9% did not provide any antecedent pathological staff, 40% have other pathologies different from the ones above 90% did not use contraception, 39% of teenagers had no toxic habits and 60% do not finally consumed vitamins during pregnancy.

Conclusions: The frequency of abortions in adolescent women is higher than in adult women, there were 152 cases of adolescents with diagnosis of abortion found that the biggest factors were influencing the age of 17 -19 years. The union free, have no profession, living in marginal urban areas, such as family background pathological HBP, were not carried out any prenatal care, did not use contraception, or consumed vitamin supplements

Keyword: Adolescents - Pregnancy - Abortion

RESPONSABILIDAD

Los autores de la tesis suscriben mediante este documento la completa responsabilidad en la elaboración de la tesis con el tema: “FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA, DE LA CIUDAD DE MACHALA, AÑO 2007”

María José Astudillo A.

-

María del Carmen Arichábala



Agradecimiento

*A DIOS ser supremo, quien en su infinita bondad nos guió en nuestra
carrera universitaria.*

*Al. DR. Jaime Ñauta, y a la Dra. Astrid Feican, destacados educadores y
formadores de juventudes, quienes colaboraron con sus sabios consejos y
recomendaciones a la relación del presente trabajo investigativo.*

*Dejamos constancia de nuestro sincero agradecimiento a los servidores
de la salud, del Hospital Teófilo Dávila, de la ciudad de Machala, en
reconocimiento por el apoyo brindado para culminar con éxito esta
etapa de nuestra preparación profesional.*



Quiero dedicar el esfuerzo de este trabajo a mis padres que siempre me brindaron su apoyo incondicional y me guiaron con sus sabios consejos, a mi hija Tamara a la que amo por ser la luz de mi vida y a mi amiga y compañera Marita que siempre esta junto a mi lado brindándome su mano y cariño.

María José

Con gran devoción y cariño dedico este trabajo a las personas que más amo después de DIOS, mis padres, quienes son la luz que ilumina mi camino, quienes me brinda la fuerza para continuar preparándome cada día más.

María del Carmen

INDICE

CAPITULO I

1. INTRODUCCION	10
-----------------------	----

CAPITULO II

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
------------------------------------	----

CAPITULO III

3. JUSTIFICACION.....	17
-----------------------	----

CAPITULO IV

MARCO TEORICO

4.1. ABORTO	19
4.1.1. Concepto	20
4.1.2. Tipos de Aborto	
20	
4.1.2.1. Aborto espontaneo.....	
20	
4.1.2.2. Aborto inducido o provocado.....	22
4.1.3. FACTORES PREDISPONENTES.....	25
4.1.3.1. Factores Genéticos.....	25
4.1.3.2. Factores Cérvico – Uterinos.....	
26	
4.1.3.3. Factores Endócrinos.....	30
4.1.3.4. Infecciones.....	32
4.1.3.5. Factores Inmunológicos.....	32
4.1.3.6. Causas Ovulares.....	37
4.1.3.7. Factores Sociales.....	37

4.1.4. Métodos Abortivos.....	
38	
4.2. SEXUALIDAD Y EMBARAZO ADOLESCENTE.....	40
4.2.1. Adolescencia.....	40
4.2.1.1. Etapas de la Adolescencia.....	40
4.2.1.2. Desarrollo Adolescente.....	41
4.2.1.2.1. Desarrollo Físico.....	42
4.2.1.2.2. Desarrollo Cognoscitivo.....	44
4.2.1.2.3. Desarrollo Emocional	45
4.2.1.2.4. Desarrollo Moral.....	45
4.2.1.2.5. Desarrollo Psicosocial.....	46
4.2.1.2.6. Desarrollo sexual.....	47
4.3. EMBARZO ADOLESCENTE.....	
48	
4.3.1. Salud de la madre adolescente	
49	
4.3.2. Riesgos para la salud de los bebés de madres adolescentes.....	
50	
4.3.3. Consecuencias del embarazo en adolescentes.....	51
4.3.4. Posibles causas del embarazo adolescente.....	52
4.4. EL ABORTO EN ADOLESCENTES.....	54
4.4.1. Factores determinantes del aborto adolescente.....	54

4.4.2. Secuelas del aborto en adolescentes.....	57
4.4.2.1. Secuelas físicas del aborto.....	57
4.4.2.2. Secuelas Psicológicas del aborto.....	61

CAPITULO V

5. OBJETIVOS.....	68
-------------------	----

CAPITULO VI

METODOLOGIA

6.1. Tipo de Estudio.....	69
6.2. Universo y Muestra.....	69
6.3. Definición de caso de estudio.....	70
6.4. Área de Estudio.....	70
6.5. Variables y Operacionalización.....	70
6.6. Métodos técnicas e instrumentos.....	73
6.7. Recursos	73
6.8. Plan de tabulación y Análisis.....	77

CAPITULO VII

ANÁLISIS ESTADISTICOS DE LOS RESULTADOS.....	74
--	----

CAPÍTULO VIII

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	87
Conclusiones.....	93
Recomendaciones.....	95
Biografía.....	97
Anexos.....	101

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

El embarazo a cualquier edad es un evento bio – psico – social sumamente importante. Impacta negativamente en la adolescencia por varias razones entre las que se pueden mencionar el hecho de no estar preparados ni biológicamente, ni psicológicamente, ni socialmente para la maternidad o paternidad. La embarazada adolescente es de alto riesgo por los múltiples factores que puede ocurrir durante el transcurso de su embarazo, parto y puerperio.

Las madres adolescentes prestan los peores indicadores de salud materna infantil en relación a las mujeres en edad óptima para la procreación. "En la actualidad, la población adolescente representa el 20% de la población mundial, de cuyo total cerca del 85% vive en países en vías de

desarrollo". Se estiman que anualmente tienen lugar en América Latina y el Caribe, 520 000 abortos riesgosos, que corresponden a mujeres de menos de 20 años. La tasa de abortos es de 20 por 1000 mujeres y la razón es de 28% nacimientos vivos: esta última cifra representa un nivel superior al observado en África y en Asia (22% y 15% respectivamente). . De acuerdo con su estudio, dicho indicador varió entre 13 abortos anuales por cada mil mujeres de 15 a 19 años en México, y 36 en República Dominicana. La tasa fue de 32 en Brasil, 26 en Colombia y 23 en Perú. En cuanto a la razón de aborto por cada 100 embarazos de mujeres de 15 a 19 años ésta fue de 13 en México, 29 en República Dominicana, 30 en Brasil, 23 en Colombia y 28 en Perú. Otro estudio, basado en las encuestas demográficas y de salud, que tuvo lugar en Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana, señala que el porcentaje total de embarazos no deseados que terminaron en aborto fue de entre 69 y 97%. (16).

Las adolescentes tienen un alto riesgo de embarazos no deseados, lo que se ve observa con mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo, debido a una menor educación en materia de sexualidad y salud reproductiva. La baja condición socio económica, bajo nivel educativo y una cultura más conservadora, entre otros factores, impiden que los adolescentes cumplan de manera responsable sus derechos reproductivos.

Si bien tal práctica se observa entre mujeres de diferentes edades, aparentemente se concentra en las edades más jóvenes y, por lo mismo,

de mayor fecundidad. Esto se explica, en parte, por las dificultades que enfrenta dicho grupo de la población para tener acceso a métodos anticonceptivos, pese a que las jóvenes tienden a tener relaciones sexuales a una edad cada vez más temprana.

Las jóvenes adolescentes tienen más probabilidades que las mujeres mayores de tener un parto prematuro, un aborto espontáneo y de tener óbitos fetales y es cuatro veces mayor la mortalidad materna, debida a complicaciones del embarazo. A nivel mundial, 70 mil mujeres mueren cada año a consecuencia de un aborto realizado por personas que carecen de las aptitudes necesarias o en lugares que no tienen los estándares médicos mínimos para llevar a cabo esta acción.

Las mujeres que recurren al aborto pertenecen a todos los niveles socioeconómicos y viven en todo tipo de lugares. “Abortan mujeres campesinas y mujeres que viven en las ciudades, mujeres de escasos recursos y mujeres con buenos ingresos, profesionistas y analfabetas, amas de casa y estudiantes, mujeres jóvenes y mujeres no tan jóvenes”. No obstante, la mayoría de casos se dan en contextos urbanos y sobre todo en los estratos sociales más bajos.

Frente a esta panorámica el presente estudio describe la frecuencia de abortos en embarazadas adolescentes, que acudieron al Servicio de Ginecología-Obstetricia durante el año 2007, cuyos datos de estudio fueron obtenidos de las Historias Clínicas y CLAP, y mediante la elaboración de

formularios que sirvieron para su recolección y luego almacenadas en la Base de datos en Microsoft Excel.

De las adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Teófilo Dávila con diagnóstico de aborto desde enero del 2007 hasta diciembre del 2007, representan 152 casos diagnosticados como abortos de los cuales 62% corresponden a abortos inducidos y el 38% a abortos espontáneos, el 69% tienen entre 17 - 19 años de edad, el 68% de los casos estaban en unión libre con sus parejas, de acuerdo al nivel de instrucción el 39% de las adolescentes únicamente completaron la primaria y el 37% no completo la secundaria, el 67% era de procedencia urbana, la ocupación en un 80% fue de QQDD, de acuerdo a los antecedentes ginecológicos-obstétricos el 76% de los casos era su primer aborto, el promedio de controles prenatales fue de 55% que no se realizaron controles, el 59,9 % no presento ningún antecedente patológico personal, el 40% presentan otras patologías diferentes a las señaladas, el 90% no uso métodos anticonceptivos, el 39% de las adolescentes no tuvo hábitos tóxicos y finalmente el 60% no consumió vitaminas durante el embarazo.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en las salas de emergencias.

Según CRLP Publications (2001), en la actualidad la población adolescente representa el 20% de la población mundial, de cuyo total cerca del 85% vive en países en vías de desarrollo.(4)

En Latinoamérica y el Caribe las estimaciones varían entre aproximadamente 13 abortos anuales x c/1000 mujeres de 15 a 19 años en México y alrededor de 36 x 1000 adolescentes en la República Dominicana.(2)

Debido a la censura que existe en muchas sociedades con respecto al tema de la sexualidad, los y las adolescentes carecen de información y acceso a servicios adecuados de planificación familiar en condiciones de confidencialidad e independencia. Como las adolescentes no están suficientemente maduras para el parto desde el punto de vista psicológico y físico, los partos a edad temprana también se traducen en elevados índices de morbilidad materna. Los adolescentes tienen más probabilidades que las mujeres mayores de tener un parto prematuro, un aborto espontáneo, o que la criatura nazca muerta. También es cuatro veces mayor la probabilidad de que mueran por complicaciones del embarazo.

Los nacidos vivos de madres adolescentes menores de 15 años, registran una Tasa de mortalidad infantil del doble que el promedio (45,1%) que disminuye a 22,6% en el grupo de 15 a 19 años. La relación entre grado de instrucción de la madre y mortalidad infantil también es importante, ya que en los hijos de madres que no finalizaron la escolaridad primaria la tasa de mortalidad infantil es cuatro veces mayor que en las madres que completaron el secundario. (3)

Se ha observado mayor el índice de aborto espontáneo, prematurez, retardo de crecimiento intrauterino, hipertensión arterial y preeclampsia, al comparar estas madres con embarazadas de más edad.

Investigaciones de campo indican que el bajo nivel de educación esta directamente relacionado con un alta tasa de embarazo entre los adolescentes. En República Dominicana, Ecuador, México y en la mayoría de los países africanos, mas de las dos terceras partes de las mujeres sin educación sexual adecuada promueve actitudes responsables y previene embarazos no deseados y el aborto entre adolescentes.

Según AGI, Into a New World, op. cit p. 34, en Latinoamérica y el Caribe una décima parte de todas las mujeres hospitalizadas por complicaciones relacionadas con un aborto son menores de 20 años, durante los últimos años se ha incrementado el numero de embarazadas adolescentes con o sin complicaciones, como causa de consulta en la embarazada. (4)

Esta situación ha motivado a realizar esta investigación con el propósito de determinar la frecuencia de de abortos en embarazadas adolescentes, que acudieron al Servicio de Ginecología-Obstetricia durante el año 2007.

La frecuencia del aborto reconocido clínicamente aumenta de un 12% en mujeres menores de 20 años a un 26% en las mayores de 40 años. Desde la década de 1980, el aumento continuado de las tasas de nacimiento para mujeres de menos de 20 años de edad se ha asociado al incremento de la proporción de adolescentes que son sexualmente activas, la cual se ha incrementado de un 36% al 51%.

CAPITULO III

JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes es y sigue siendo un problema de salud pública que debe ser abordado de manera integral, en donde debe existir una

participación de los gobiernos locales, nacionales, organismos no gubernamentales y en general la familia, como núcleo importante de la sociedad.

De todas las gestaciones espontáneas, va a haber una pérdida del 86% antes de que sean diagnosticados por anomalías genéticas y defectos en la implantación y en el 14% restante se presenta amenaza de aborto en el 30%, que es el más precoz de los distintos cuadros que puede producir el aborto espontáneo.

De todos los embarazos diagnosticados terminan en abortos espontáneos cerca del 15%, por lo general dentro de las primeras 12 semanas.

Los resultados del presente trabajo nos permitirán establecer, cual es el conocimiento sobre los factores predisponentes de las adolescentes embarazadas en las que pueda existir complicaciones como es el aborto, tema de nuestro estudio.

La gran frecuencia de embarazadas, especialmente en adolescentes, en los países en vías de desarrollo, así como la suma de factores de riesgo que en ellas se presentan por las condiciones sociales, económicas, culturales, etc., determinan que esta investigación sea punto de partida para estudios posteriores en donde se enfatice, o se aplique atención primaria basándose en los factores de riesgo que al final se obtendrán.

CAPITULO IV
MARCO TEORICO

4.1. ABORTO

Aborto, interrupción del embarazo antes de que el feto pueda desarrollar vida independiente. Se habla de parto prematuro si la salida del feto desde el útero tiene lugar cuando éste ya es viable (capaz de una vida independiente), por lo general al cabo del sexto mes de embarazo.

Estudios realizados en diferentes lugares de América Latina manifiestan que la mayoría de adolescentes inician en forma precoz su vida sexual, teniendo, entre otras, consecuencias embarazos no deseados, lo que origina la posibilidad de realizarse un aborto inducido y por ende los efectos negativos que esta práctica conlleva entre los que esta la muerte de la adolescente, así como a problemas de infertilidad en el futuro.

Las principales razones por las que las adolescentes optan por el aborto es que tener un hijo dificultaría su educación o su trabajo además de no sentirse preparadas para ser madres en ese momento, no querer ser madre soltera o tener problemas de pareja. (1) Además se plantea que la decisión de abortar en la adolescencia se encuentra vinculada con las opiniones y el apoyo o no de los padres, de la pareja; la red social es la que determina, en la mayoría de los casos el resultado del embarazo en las adolescentes

El aborto en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en las salas de emergencias. “En la actualidad la población adolescente representa el 20% de la población mundial, de cuyo total cerca del 85% vive en países en vías de desarrollo”.

4.1.1. Concepto

Concepto Etimológico:

Aborto, del latín "abortus" significa lo siguiente "ab", que implica privación o partícula privativa y "ortus", que significa nacimiento. Es decir que significa "sin nacimiento".

Concepto Médico:

“ Expulsión o extracción de toda (completa) o cualquier parte de la placenta (incompleta) o membranas sin un feto identificable o con una defunción fetal o recién nacido sin posibilidades de sobrevivir, que pesa menos de 500 grs.”
(2)

4.1.2. Tipos de Aborto

Primera Clasificación

4.1.2.1. Aborto espontáneo

Conocido con el nombre de casual o natural involuntario. Es cuando la muerte del feto es producto de alguna anomalía o disfunción no prevista ni deseada por la madre (tales como insuficiencia de la función progestacional del cuerpo amarillo o de la placenta, insuficiencia de la función trófica o vegetativa del ovario, algunas ginecopatías, enfermedades del útero, etc.).

Se calcula que el 25% de todos los embarazos humanos finalizan en aborto espontáneo, y 3/4 partes suceden en los tres primeros meses de embarazo. El Aborto espontáneo se puede dividir en diferentes cuadros:

Amenaza de aborto: Se presume amenaza de aborto cuando aparece flujo vaginal sanguinolento o una franca hemorragia durante la primera mitad del embarazo, se presenta en un 30%.

Aborto inevitable: El dolor y la hemorragia con dilatación cervical indican un aborto inminente y la expulsión del contenido uterino es inevitable.

Aborto incompleto: Los restos ovulares no han podido ser expulsados de la cavidad uterina, por lo que aún permanece parcialmente ocupada. El útero está blando, grande y no se retrae totalmente; el cuello permanece dilatado, la hemorragia es profusa y persistente.

Aborto Completo: El huevo es expulsado espontánea y completamente del útero, luego de una acmé dolorosa todo entra en regresión.

Aborto diferido: El huevo muerto in útero por diversas razones no es expulsado al exterior y no se ha dilatado ni contraído totalmente el cuello para expulsar el "cuerpo extraño" que es el huevo muerto en su interior.

Aborto infectado: Cuando el cuadro de aborto incompleto no es solucionado completamente son factibles las infecciones ascendentes, desde la porción séptica del tracto genital.

Aborto en curso: Es similar a un aborto diferido más la pérdida de líquido amniótico en forma de hidrorrea clara o con emisión sanguínea genital y aparición de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado hacia el exterior.

4.1.2.2. Aborto inducido o provocado

Aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo.

Este se puede dividir en dos subgrupos:

Aborto Eugenésico: Se hace con el fin de evitar la transmisión de taras. No es recomendable sino más bien la esterilización de uno de los cónyuges.

Aborto Terapéutico: Se entiende como la interrupción del embarazo cuando así lo exige la ciencia porque la mujer es incapaz de dar a luz un hijo sin poner en peligro su vida o su salud. En estas condiciones el aborto es permitido y constituye una indicación justificada para que el médico proceda en bien de la mujer embarazada.

Segunda Clasificación

Aborto Procurado: Es aquél en el que la mujer desempeña un papel protagónico, actuando como el sujeto activo. Es decir, que la mujer realiza o efectúa sobre sí misma las maniobras dirigidas a producir la extracción del feto, causándole la muerte, o ingiere sustancias para alcanzar dicho fin.

Aborto consentido: Es aquél en donde la mujer es cómplice, es decir, es partícipe del acto a procurarse. La mujer faculta a otro sujeto para que éste

practique sobre ella, las maniobras abortivas. Implica la cooperación de la mujer, lo que significa que su consentimiento es voluntario.

Aborto Sufrido: Es aquél que se manifiesta cuando la mujer es víctima del acto, ya que la conducta del sujeto activo perjudica tanto a la vida del feto como a la mujer.

Aborto Consensual: Se da cuando la mujer acepta la actividad abortiva contribuyendo en la medida de sus posibilidades fisiológicas a facilitar la expulsión del feto.

Aborto Culposos: Conlleva implícita la imprudencia, negligencia o impericia. Es decir, nada impide la admisión culposa del delito de aborto.

Aborto Doloso: El delito de aborto forma parte de los delitos en los que la culpabilidad se apoya sobre un elemento específico de la figura. No basta el ejercicio de violencia sobre la mujer, sino que es preciso que el autor tenga el propósito específico de causar el aborto.

Aborto Ético: sentimental o humanitario, se refiere a los casos de embarazo resultantes de ciertos delitos como la violación, el incesto, el estupro, etc. Implica una maternidad violentamente impuesta por lo cual en algunas legislaciones resulta impune.

Aborto Eugénico: Es realizado en una mujer demente o con ciertas discapacidades, con el fin de evitar el nacimiento de un vástago con serias incapacidades físicas y/o mentales.

Aborto Honoris Causa: Se realiza con la intención de salvar u ocultar la deshonra de la mujer.

Aborto Letal: Implica una relación de causa-efecto, es decir que como consecuencia de las maniobras abortivas, sobreviene la muerte de la mujer, causando que en algunas legislaciones, se agrave el delito de aborto, haya o no mediado el consentimiento de la mujer.

Aborto Preterintencional: Es aquél que se da cuando se ocasiona la muerte no querida del feto por el empleo de violencia sobre la mujer.

Aborto Social: Realizado por razones de pobreza y aún de miseria en los hogares en los que el nacimiento de los hijos constituye un grave problema económico.

Aborto Tentado: El aborto tentado implica la intención de la mujer para causar su propio aborto.

Aborto Terapéutico: Provocado para salvar la vida o la salud de la madre, puesta en peligro por el embarazo.

Sobre este tipo de aborto, García Mañón opina que para la ejecución de un aborto terapéutico la enfermedad de la gestante debe ser actual y grave, con diagnóstico e indicación precisos, sin poder estar condicionado al pronóstico de la enfermedad padecida, salvo que éste sea absolutamente cierto. En estos casos, lo ideal sería practicar el aborto dentro del primer trimestre, pero, lamentablemente, en la mayoría de las veces las

enfermedades maternas se agravan durante el último trimestre de la gestación, cuando el aborto es de práctica peligrosa. (3).

4.1.3. FACTORES PREDISPONENTES

4.1.3.1. Factores Genéticos

Se ha responsabilizado a anomalías cromosómicas como la causa principal de abortos espontáneos. Sin embargo los análisis sobre el material de aborto son difíciles, ya que las partes fetales o embrionarias pueden haberse expulsado antes que pueda realizarse el raspado evacuador.

La mayor prevalencia se encuentra en el grupo entre las 8-15 semanas de gestación y es menor a medida que el embarazo progresa. Los trabajos prospectivos describen una frecuencia mayor de abortos en mujeres con abortos anteriores con cariotipo normal. Por el contrario, cuando en el primer aborto estudiado se encontró trisomía, también apareció esta anomalía en el 71% de los abortos subsiguientes, aunque no siempre el cromosoma afectado era el mismo. Estas observaciones indican que en el aborto habitual intervienen anomalías cromosómicas pero quizá no con la frecuencia que se suponía en relación con abortos esporádicos.(4)

Evaluación y Tratamiento: Es esencial el estudio cromosómico y el asesoramiento genético cuando esté indicado en el manejo de parejas que hayan tenido abortos espontáneos múltiples. En parejas con cariotipo normal y un aborto previo con anomalía cromosómica es muy probable que la anomalía

obedezca a un error esporádico de la gametogénesis. en éstos casos la mayoría de las anomalías cromosómicas no son recurrentes, a menos que se trate de trisomías.

4.1.3.2. Factores Cérvico – Uterinos

Hay algunas notorias anomalías uterinas que pueden asociarse con aborto espontáneo y recurrente:

a. Anomalías Congénitas

Se puede esperar que una de cada ocho mujeres que presentan aborto recurrente tengan una anomalía congénita.

Clasificación de las anomalías uterinas(5):

- Grupo I: Hipoplasia y Agenesia. Son incompatibles con la vida.
- Grupo II: Útero Unicornio: Comunicados, Incomunicados, sin cavidad, sin cuerno
- Grupo III: Didelfos.
- Grupo IV: Bicornio: Completo, parcial.
- Grupo V: Tabicado: Completo, parcial
- Grupo VI: Arqueado
- Grupo VI: Asociado con Des.

Diagnóstico: La Histerosalpingografía es un método sensible-específico. Todas aquellas pacientes con abortos espontáneos recurrentes deben someterse a una H.S.G. Además, las mujeres con antecedentes de parto prematuro sin explicación clara, o que tuvieron una retención placentaria, necesitaron una

H.S.G. La laparoscopia incrementó la exactitud de la H.S.G. y es esencial para distinguir un útero tabicado con uno bicorne. La Histeroscopia es otro elemento diagnóstico de utilidad. Con ella se puede reseca los tabiques y adherencias intrauterinas.

b. Incompetencia Cervical:

Es la imposibilidad del cuello para mantener un embarazo ortotópico hasta su término. Incidencia (8 a 15%).

Etiología: Es el resultado de una debilidad en el mecanismo de esfínter de O.C.I. Con el progreso de la gestación y el cuello debilitado se puede producir la dilatación cervical indolora y producir la expulsión fetal o R.P.M. Puede deberse a causas congénitas y/o adquiridas. Entre las primeras se hallan en un 2% de los casos y se deben a debilidad de la capa fibromuscular en la parte superior del cuello y su orificio interno. Se han visto además en mujeres expuestas al D.E.S. durante la gestación. Respecto de las adquiridas el principal factor predisponente es el parto. El 95 % de los casos las pacientes tienen como antecedente uno o dos abortos durante el segundo trimestre y alrededor de las 2/3 partes han pasado por curetaje con dilatación cervical. La conización también se incluye como causa de la misma.

Diagnóstico: Es el clásico cuadro repetido con pérdidas agudas e indoloras en el segundo trimestre mientras se expulsa al feto. El feto tiene una apariencia de desarrollo normal y puede estar vivo en el momento de la expulsión. Si una

paciente tiene una historia de incompetencia o una anomalía uterina debe examinarse en forma semanal a partir de las 10 a 12 semanas de gestación.

Cualquier grado de borramiento o dilatación es un indicador de cerclaje de cuello. También debe evaluarse cualquier paciente con sensación de presión en el abdomen inferior o sensación de pujo o salida de un flujo vaginal ya sea acuoso o mucoso.

La ultrasonografía permite detectar la dilatación del canal a nivel del O.C.I. La longitud del cuello durante el segundo trimestre se encuentra entre 2.5 - 6 cm y longitud menor de 2.5 indica incompetencia.

Manejo: El tratamiento quirúrgico es el de elección siendo la técnica la ligadura alrededor del cuello a nivel del O.C.I a fin de permitir la oclusión del cuello y mantener la gestación hasta el término. Se realiza entre las 13 y 15 semanas. En el posoperatorio se indican tocolíticos para contrarestar la irritabilidad del cuello.

Es habitual que se indique reposo absoluto por 24 horas, y el alta a las 48 - 72 horas. Se recomienda el examen visual periódico y la evaluación ecográfica para asegurar la competencia.

Complicaciones: Incluyen infección, desplazamientos de la sutura, laceración del cuello, sangrado posoperatorio, rotura de membranas ovulares , fístulas, abscesos de la placenta, lesión de vejiga, rotura uterina, distocia cervical.

c. Adherencias

Etiología: El hallazgo más común es el traumatismo intrauterino produciendo la denudación de la capa del endometrio. Incidencia 14%.

Diagnóstico: La paciente permanece asintomática y el diagnóstico se verifica por medio de H.S.G. o histeroscopia.

Tratamiento: El régimen terapéutico tiene 4 objetivos:

- a. Lisis de las adherencias:* Mediante lisis transcervical por disección con bisturí bajo visión directa durante la histeroscopia o mediante disección roma.
- b. Prevención de la recidiva:* Mediante inserción de un D.I.U. o una sonda Foley con balón inflado. Se intenta dejar éstos elementos como máximo 2 h.
- c. Estimulación de la proliferación endometrial:* La administración de estrógenos conjugados mejora la regulación del endometrio y promueve la cicatrización. La dosis que se emplea es de 1,25 y 2,5 mg../día durante 1 o 2 meses, con frecuencia en combinación con un agente progestacional para producir el sangrado por privación.

d. Verificación de la restauración de la normalidad uterina: La H.S.G es más fácil de realizar que la histeroscopia, pero no es tan exacta y no permite la destrucción de las adherencias residuales. (6)

d. Fibromas Uterinos

Se asocia con abortos recurrentes si la implantación ocurre en relación con mioma submucoso.

Este además puede causar distorsión, obliteración, irritabilidad y agrandamiento de la cavidad uterina.

Diagnóstico: El 30% presentan metrorragia y/o dolor lumbar. En el examen se observa: aumento de tamaño en forma regular o irregular y consistencia firme de la cavidad uterina. La H.S.G. muestra defecto de relleno o aumento en la cavidad uterina. La ecografía es útil para determinar el tamaño, número y localización

Tratamiento:

- a. Miomectomía abdominal:* Indicada en mujeres con antecedentes de abortos recurrentes y que desarrollan grandes miomas.
- b. Resección por histeroscopia.*
- c. Miomectomía con láser.*

d. Análogos de G.N.R.H.: Produce la supresión de la F.S.H. y F.S.L.H. llevando a la disminución de la producción de estrógenos, disminuyendo el volumen del mioma entre el 62 y 100% después de 2 a 6 meses de tratamiento. Sin embargo, éste beneficio es de poca duración y parece poco probable que pueda evitarse la cirugía.

4.1.3.3. Factores Endocrinos

La asociación entre la deficiencia de la fase lútea y el aborto recurrente es frecuente. La secreción de progesterona es fundamental para la transformación del endometrio secretor y da el soporte para la implantación en las primeras etapas del embarazo hasta la formación de la placenta. El deficiente funcionamiento del cuerpo lúteo da como resultado un adecuado endometrio secretor, (25–60% de aborto habitual).

Clasificación:.

- a. Fase lútea breve:* 5,2% - Se produce por una reducción del intervalo entre la ovulación y el comienzo de la ovulación y el comienzo de la menstruación. En todos los ciclos los niveles de Estradiol y Progesterona están reducidos, como así también la relación F.S.H./L.H.
- b. F.L.I.:* El endometrio presenta cambios secretorios que están retrasados en ≥ 3 días. El diagnóstico se basa en la biopsia de endometrio en la última parte de la fase lútea.

Diagnóstico:

- a. *Duración de la fase lútea*: Mediante la graficación de temperatura basal (promedio 11,8 días).
- b. *Biopsia endometrial*: F.L.I.: la discrepancia en 3 o más días entre la fecha cronológica y la histológica. Deben examinarse 2 ciclos para hacer diagnóstico y si en uno de ellos la prueba es normal, se necesita una 3ª biopsia.

Tratamiento:

- a. *Progesterona*: Se dará al 3º día consecutivo de una temperatura basal elevada, comenzando con una dosis de 50 mg/día dividido en 2 dosis.
- b. *Citrato de Clomifeno*: Incrementa los niveles de F.S.H. durante la fase folicular. Se realiza una dosis desde el 5º al 9º día del ciclo, comenzando con 50 mg/día-150 mg/día.
- c. *H.S.G.*: Con el objeto de estimular la producción de progesterona por el cuerpo lúteo. Se sugiere la administración intramuscular en el momento de la ovulación comenzando en dosis de 5000 a 10000 U.I./día y de allí en adelante se administra cada 2 a 5 días en dosis de 1500 a 5000 U.I./día. Se interrumpirá después del día 12 post-ovulatorio.
- d. *Gonadotrofina*.
- e. *G.N.R.H.*: Se necesita mayor número de estudios para ésta terapéutica.

4.1.3.4. Infecciones

Con frecuencia se observan las infecciones del tracto nefrourológico como causa de aborto recurrente. Entre los organismos causantes de infección tenemos:

Bacterias: listeria, campylobacter, salmonella, brucella, clamidia, treponema

Virus: citomegalo, rubeola, herpes, HIV, varicela y viruela

Parásitos: Toxoplasma, plasmodium

Micoplasmas: urealiticum, hominis

4.1.3.5. Factores Inmunológicos

Existen evidencias para sostener la hipótesis que una observación a la respuesta inmune materna es la base del aborto recurrente en mujeres en las que no puede identificarse otra causa. La inmunoterapia parece ser eficaz en un grupo seleccionado de pacientes, las que resultan en un aumento de frecuencia de embarazos exitosos.

Explicaciones inmunológicas para el aborto habitual

La reproducción se realiza entre 2 individuos sin relación genética y produce una concepción que expresa los antígenos antiH.L.A. paternos que son extraños a la madre. La concepción también aporta antígenos no H.L.A. paternos y autoanticuerpos que comparte con la madre. Por esto se denomina

aloinjerto fetal. Las respuestas inmunes maternas con potencialidad deletérea para el aloinjerto incluyen: células T killer contra H.L.A. para el rechazo del injerto y células T de hipersensibilidad tardías productoras de citoquinas, quienes juegan un rol en la enfermedad del injerto contra el huésped y en el rechazo del injerto contraantígeno no H.L.A. productor de anticuerpo que puede unirse a la membrana celular del feto y placenta e interferir con la función de la célula T helper de la respuesta inflamatoria y matar la célula blanca. Existen anticuerpos maternos que al reaccionar contra antígenos propios pueden ser patógenos, como es el anticoagulante lúpico asociado con trombosis de arterias uterinas y e infarto placentario.

Las células trofoblásticas parecen tener particular importancia para determinar el éxito del embarazo. El trofoblasto puede actuar como una barrera protectora entre la madre y el feto. En efecto, el desarrollo defectuoso de trofoblasto es una de las características del aborto del 1º trimestre y una de la producción de la Beta H.S.G. que indica daño o insuficiencia trofoblástica. El estudio de los embarazos normales es prevenido por la capacidad del trofoblasto de activar a las células supresoras naturales en la decidua.

Aborto habitual adjudicado a la mediación de anticuerpos:

El anticoagulante lúpico pertenece a una familia de autoanticuerpos que puede causar trombosis arterial, infarto placentario y muerte fetal intrauterina en el 2º trimestre. El rol de los anticuerpos anticardiolipina en el aborto el 1º trimestre es incierto. Al menos en investigaciones se han obtenido éxitos de embarazos

mediante inmunización con linfocitos alogénicos en mujeres con bajos niveles de anticuerpo anticardiolipina. Se ha utilizado con éxito A.A.S. 80mg/día, heparina 10000 UI/día, prednisona 10 mg/día, para tratar pacientes con pérdidas del 1º trimestre.

Otros Autoanticuerpos:

Se ha publicado una tasa superior a la esperado de abortos en pacientes con L.E.S. no asociado con anticuerpo anticardiolipina, en pacientes con esclerodermia, en pacientes con púrpura trombocitopénica inmune y en pacientes con síndrome de Sjogren.

Los anticuerpos antifosfolipídicos:

Los anticuerpos antifosfolipídicos se han relacionado con una serie de manifestaciones clínicas. Las más conocidas y aceptadas son la trombosis arterial y/o venosa, la trombocitopenia y las pérdidas fetales en forma de abortos a repetición. Love y Santoro, en un estudio observaron que el nivel de pérdidas fetales en estudios retrospectivos en casos con L.E.S. y otras enfermedades autoinmunes eran del 13 al 68 % en pacientes con anticuerpos A.F.L. frente al 3-42% con pacientes A.F.L. negativos. Sin embargo, dado que los estudios no aclaran el número de pérdidas, es imposible concluir si existe una tendencia general a las pérdidas fetales en los casos con A.F.L. o bien a múltiples pérdidas en otros casos. De ahí que las conclusiones digan que existe solamente una sospecha pero no una confirmación de la asociación

entre A.F.L. y pérdidas fetales en pacientes con L.E.S. MacNeil et al. revisaron 16 trabajos realizados entre 1981 y 89. De los 827 casos con pérdidas fetales recurrentes (idiopáticas), 238 (29%), tuvieron anticuerpo A.F.L.

Tratamiento: Corticoides y Inmunosupresores:

La primera vez que se informó de una posibilidad de tratamiento, fue cuando Lubbz et al., trato con pacientes con una combinación Prednisona y bajas dosis de A.A.S. La prednisona se administró a dosis de 40-60mg/día, apreciándose una reducción del nivel de anticoagulante, medido mediante el descenso del tiempo de activación parcial de Tromboplastina. Otros esquemas administran Heparina en vez de A.A.S.

Desde el punto de vista terapéutico debe indicarse que la terapia óptima de la paciente con anti F.L.P. todavía no se conoce. La mayoría de los regímenes terapéuticos aportan resultados, mejorando los porcentajes de embarazo con éxito. Sin embargo se pueden establecerse dos puntos básicos:

El primero: Toda paciente con Ac.F.L.P. presenta alta incidencia de pérdidas fetales y con la terapia citada, mejora su pronóstico perinatal.

El segundo: Las pacientes con L.E.S., screening de Sífilis positivo, historia previa de trombosis, o bien antecedente de muerte fetal no explicada, o R.C.U. sin causa aparente deben estudiarse desde el punto de vista de la presencia de el anticoagulante A.F.L.P.

El tratamiento actual continúa siendo empírico y no existen los datos suficientes para marcar una guía correcta de actualización. Sin embargo, puede utilizarse la estrategia siguiente:

- a. El primer paso de la escalada será la aspirina sola, en pequeñas dosis.
- b. La inmunodepresión solo se utiliza si se asocia con una sistémica.
- c. La heparina solo se añade al régimen terapéutico si existe antecedente de accidente trombótico.
- d. Los I.Q. se reservan para casos en los que ha fallado el tratamiento antes descrito.

Aborto Secundario por citotoxicidad dependiente de Atc contra células paternas: Las mujeres con nacidos vivos previos, seguidos por abortos recurrentes pueden tener Atcs anti paternos que pueden llegar a destruir el Trofoblasto y por lo tanto deben ser tratadas. éstos Atcs pueden unirse a la Heparina la cual se ha utilizado en el tratamiento. sin embargo en un estudio al azar hubo más abortos en aquellas pacientes que recibieron Heparina que en quienes recibieron placebo. Por lo tanto no está claro en qué medida la presencia de Atcs antipaternos en las pacientes con abortos secundarios reflejan un mecanismo real de abortos espontáneos.

4.1.3.6. Causas Ovulares

Reciben la denominación de <<huevos abortivos>> los que de manera espontánea sufren interrupción de su desarrollo normal. Originando su muerte y posterior expulsión. Constituyen aproximadamente el 50% de todas las interrupciones de la gestación. Estos abortos suelen producirse antes de la quinta semana de embarazo y se atribuyen anomalías cromosómicas, es decir, a causas genéticas.

La mayor frecuencia de abortos por causas genéticas se registra en mujeres de edades avanzadas, en parejas con antecedentes de aborto habitual, con hijos malformados o con antecedentes familiares de enfermedades cromosómicas. Los abortos pueden considerarse, en elevada medida, como un regulador natural mediante el cual se logra que el nacimiento de un niño malformado sea un acontecimiento relativamente raro.

4.1.3.7. Factores Sociales

Las mujeres una vez que se embarazan tienen más riesgo de abortar si son más jóvenes, no migrantes, se han criado en una cultura urbana, tienen niveles de escolaridad secundaria y preuniversitaria, no están ocupadas y entre las ocupadas cuando son obreras, las solteras, las que han tenido pareja sexual sin unirse, las que no viven con su pareja, las que su pareja se crió en cultura urbana, las que residen en familias extendidas, cuando el per cápita del hogar es bajo y en condiciones de hacinamiento.

Existe una relación entre el nivel educacional de las mujeres y el nivel de la fecundidad. La educación, además de su papel de portadora de cultura y como

facilitadora de la socialización y calificación de la fuerza del trabajo, se ha revelado como indicador de las diferencias en fecundidad cuando no se poseen otros indicadores de la calificación, la ocupación, y el ingreso.

Vivir en viviendas de menos de 4 habitaciones, tener menos de 3 abortos previos, convivir con familias numerosas, ser adolescentes con retraso escolar o adulta con menos de 10 grados de escolaridad, ser fumadora y no abandonar el hábito al saber que está embarazada y ser soltera, entre otros son considerados aspectos determinantes para un posible aborto.

Algunos déficit nutricionales, como la disminución de las proteínas en la sangre o carencias de vitaminas A, C, E y ácido fólico también se han relacionado con el aborto. Muchos productos químicos se relacionan con las pérdidas reproductivas.

Es necesario recalcar que el factor adolescencia por sí solo deja de ser estadísticamente significativo cuando se elimina el efecto de los demás factores, o sea, el hecho de ser adolescente no conduce al aborto si no está acompañado de otros factores intermedios que incluyen la utilización de anticonceptivos, la frecuencia de las relaciones sexuales, la incidencia de la esterilidad, la incidencia de abortos provocados y espontáneos, la edad al casarse por primera vez, la edad a las primeras relaciones sexuales, el celibato, estado civil, antecedentes de embarazos previos.

4.1.4. Métodos Abortivos

Por envenenamiento salino: Se extrae el líquido amniótico dentro de la bolsa que protege al bebé. Se introduce una larga aguja a través del abdomen de la madre, hasta la bolsa amniótica y se inyecta en su lugar una solución salina concentrada.

Por Succión. Se inserta en el útero un tubo hueco que tiene un borde afilado. Una fuerte succión (28 veces más fuerte que la de una aspiradora casera) despedaza el cuerpo del bebé que se está desarrollando, así como la placenta y absorbe “el producto del embarazo ” . Casi el 95% de los abortos en los países desarrollados se realizan de esta forma.

Por Dilatación y Curetaje: Se utiliza una cureta o cuchillo provisto de una cucharilla filosa en la punta con la cual se va cortando al bebé en pedazos con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz.

Por "D & X" a las 32 semanas: Conocido como nacimiento parcial. Suele hacerse cuando el bebé se encuentra muy próximo de su nacimiento

Operación Cesárea: es exactamente igual que una operación cesárea hasta que se corta el cordón umbilical, salvo que en vez de cuidar al niño extraído se le deja morir. La cesárea no tiene el objeto de salvar al bebé sino de matarlo.

Mediante Prostaglandinas: Este fármaco provoca un parto prematuro durante cualquier etapa del embarazo.

RU - 486 Se trata de un fármaco abortivo empleado conjuntamente con una prostaglandina. Actúa matando de hambre al diminuto bebé, al privarlo de un elemento vital, la hormona progesterona. El aborto se produce luego de varios días.

4.2. SEXUALIDAD Y EMBARAZO ADOLESCENTE

4.2.1. Adolescencia

La adolescencia es un período de la vida que comienza con los cambios biológicos de la pubertad, los que se inician en nuestra sociedad en las muchachas a los 10 años y medio y en los muchachos a los 12 años y medio aproximadamente, transcurriendo según las particularidades individuales y contextuales, entre los 10 y 20 años de edad.

4.2.1.1. Etapas de la Adolescencia

Adolescencia Temprana (10-13 años): Inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo y pares, fantasías sexuales, exploración acentuada del auto-erotismo, se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico no predomina (coquetería, amor platónico, etc.).

Adolescencia Media (14-17 años): Completa maduración sexual, narcisismo, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (pueden presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de

la conducta sexual (por sentimiento de invulnerabilidad, falta de información y educación sexual), relaciones intensas y fugaces.

Adolescencia Tardía (mayores de 18 años): Maduración física y socio-legal, logros definitivos en la maduración psicológica y la conducta sexual (puede establecer relaciones íntimas estables y responsables)

4.2.1.2. Desarrollo Adolescente

La adolescencia es un periodo de cambio rápidos y notables entre los que figura los siguientes:

- a. Desarrollo Físico: El crecimiento corporal general que incluye la capacidad de reproducción. El cuerpo se transforma y se adquieren las capacidades para la reproducción y la respuesta sexual.
- b. Desarrollo Cognoscitivo: Capacidad para pensar de manera lógica conceptual y futurista.
- c. Desarrollo Emocional: Periodo caracterizado por un estado de estrés emocional producido por los cambios psicológicos importantes y rápidos que se producen.
- d. Desarrollo Moral: Asociado con la conducta sexual y en sociedad del y la adolescente.

- e. Desarrollo Psicosocial: Comprensión mejor de uno mismo en relación a otros, su rol en la sociedad, y aceptación sexual.
- f. Desarrollo Sexual: Período de cambios biológicos, cognitivos, psicológicos y sociales que se desencadenan como resultado de la acción de las hormonas sexuales femeninas y masculinas, lo cual provoca la madurez anatómica y funcional y una amplia transformación de la figura corporal sexuada. Esto se manifiesta en una gran variedad de caracteres sexuales.

4.2.1.2.1. Desarrollo Físico

El comienzo de la adolescencia está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos. En este momento, la actividad de la hipófisis supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con un efecto fisiológico general. La hormona del crecimiento produce una aceleración del crecimiento que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años. Este rápido crecimiento se produce antes en las mujeres que en los varones, indicando también que las primeras maduran sexualmente antes que los segundos. La madurez sexual en las mujeres viene marcada por el comienzo de la menstruación y en los varones por la producción de semen. Las principales hormonas que dirigen estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos. Estas sustancias están también asociadas con la aparición de las características sexuales secundarias:

En los varones: Aparece el vello facial, corporal y púbico, y la voz se hace más profunda.

En las mujeres: Aparece el vello corporal y púbico, los senos aumentan y las caderas se ensanchan.

Estos cambios físicos pueden estar relacionados con las modificaciones psicológicas; de hecho, algunos estudios sugieren que los individuos que maduran antes están mejor adaptados que sus contemporáneos que maduran más tarde.

Consideraciones Anatómicas y Fisiológicas de la Adolescente

Durante la pubertad temprana los genitales externos toman aspecto adulto. Las glándulas vestibulares principales (glándulas de Bartolino), que al parecer no tienen función secretoria durante el período neonatal y la niñez temprana comienzan a producir moco inmediatamente antes de la menarca. La vagina alcanza su longitud adulta (10-12 cm); es más distensible, la mucosa se vuelve más gruesa y húmeda, las secreciones vaginales son ácidas y reaparecen los lactobacilos. Con el desarrollo de los fondos del saco vaginal el cuello uterino se separa de la bóveda vaginal y se pronuncia el crecimiento diferencial del cuerpo uterino y el cuello. El cuerpo uterino alcanza un tamaño doble al cervical, aunque no hay flexión del eje. Los ovarios descienden a la cavidad pélvica verdadera. Las características sexuales secundarias se desarrollan, durante el período pre-menárquico tardío. El hábito corporal, que durante la

niñez temprana difiere poco del niño, se redondea, en particular en hombros y caderas. Se produce aceleración del crecimiento somático y aparecen al mismo tiempo brotes mamarios que crecen de manera paulatina para formar un montículo pequeño. Se observa leucorrea fisiológica. El crecimiento del vello púbico parece obedecer a un control hormonal de andrógenos suprarrenales. En un inicio el vello es escaso, largo, ligeramente rizado, y pigmentado sobre el área púbica, con el transcurso del tiempo es mayor la cantidad de vello rizado, pigmentado, áspero y toma la forma característica de triángulo, con la base sobre el monte de Venus. El crecimiento del vello axilar aparece producto de la estimulación de las hormonas adrenocorticosteroides.

(9)

4.2.1.2.2. Desarrollo Cognoscitivo

Durante la adolescencia no se producen cambios radicales en las funciones cognoscitivas, sino que la capacidad para entender problemas complejos se desarrolla gradualmente. Piaget determinó que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que puede definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva, asumió que esta etapa ocurría en todos los individuos sin tener en cuenta las experiencias educacionales o ambientales de cada uno. Sin embargo, datos de investigaciones posteriores demostraron que la capacidad de los adolescentes para resolver problemas complejos está en función del aprendizaje acumulado y de la educación recibida.

4.2.1.2.3. Desarrollo Emocional

La aparición de problemas emocionales es muy frecuente entre los adolescentes. Episodios de Depresión, angustia, miedos-temores, soledad, emotividad excesiva, agresividad, estados de introversión profunda o excesiva extroversión y libertad son comunes en la adolescencia. El psicólogo G. Stanley Hall afirmó que la adolescencia es un periodo de estrés emocional producido por los cambios psicológicos importantes y rápidos que se producen. Estudios de la antropóloga estadounidense Margaret Mead demostró que el estrés emocional adolescente en un alto grado está condicionado a expresiones culturales que determinan la etapa de transición de niñez hasta la condición de adulto.

4.2.1.2.4. Desarrollo Moral

El Dr. Kohlberg, describe el desarrollo moral del adolescente, quien lo sintetiza en 3 períodos y nos permite conocer el proceso moral que se puede asociar a la conducta del adolescente en diversos aspectos como por ejemplo, el sexual. Estos períodos son el pre-convencional, el convencional y el post -convencional.

Período Pre-convencional: En este período con las características de la etapa pre-adolescente y las interpretaciones son en base a lo bueno y lo malo, al concepto de "niño (a) bien educado" y reforzado por el concepto de premio y castigo.

Período Convencional: De la adolescencia temprana y media, se mantiene todavía un marcado respeto a las expectativas y reglas familiares, grupo o país, donde se acata el orden social.

Período Post - Convencional: Al final de la adolescencia se desarrollan conceptos morales propios y toma decisiones independientes del grupo y familia.

4.2.1.2.5. Desarrollo Psicosocial

El objetivo psico - social del adolescente es la evolución desde una persona dependiente hasta otra independiente, cuya identidad le permita relacionarse con otros de un modo autónomo y que culmine con la resolución de la crisis de la adolescencia.

Hay una serie de logros cuyo cumplimiento son señal de una buena resolución de la crisis adolescente. A continuación los más significativos:

- a. Separación e independencia de los padres.
- b. Establecimiento de la identidad sexual.
- c. Establecimiento de la orientación sexual.
- d. Desarrollo de un sistema personal de valores humanos.
- e. Capacidad de establecer vínculos duraderos y amor sexual y tierno a la vez con una misma persona.
- f. Retorno emocional a los padres sobre la base de una igualdad relativa.

4.2.1.2.6. Desarrollo sexual

En la adolescencia el cuerpo se transforma y se adquieren las capacidades para la reproducción y la respuesta sexual; como consecuencia, se tienden a adoptar actitudes adultas, en relación con la procreación y el disfrute sexual. Por consiguiente, es una etapa de desarrollo y consolidación de la identidad, tanto personal como sexual, que tiene una relevante significación para la satisfacción de sus necesidades y para el desarrollo de la capacidad de amar.

El desarrollo de los genitales va acompañado de cambios en el deseo, la atracción y la capacidad de enamoramiento; esto conduce a un mayor interés y excitación sexual, aspecto que puede darse con diferentes formas de estimulación, que se desencadenan como resultado de la acción de las hormonas sexuales femeninas y masculinas.

Las transformaciones funcionales más importantes en este período, están dadas en la maduración de los órganos genitales, la aparición del ciclo menstrual en las muchachas y la eyaculación en los muchachos.

La menstruación es uno de los cambios funcionales que puede generar mayores inquietudes en las muchachas, a partir del desconocimiento, la falta de información, las creencias, los mensajes negativos, etc. Ayudar a conocer lo que verdaderamente es la menstruación, aprender a reconocer y controlar sus efectos, ayudara a la adolescente a esclarecer todo lo relacionado con esta etapa. La eyaculación es un proceso que genera menos dificultades, pero en muchos casos puede ser asociada con la virilidad; luego, si esta capacidad es

adquirida en algún adolescente más tardíamente que en los amigos que lo rodean, sin que este tenga información previa de que esto es normal, puede crear dificultades. Es necesario por tanto, una información clara y sencilla para evitar estos riesgos.

Los cambios bio–fisiológicos que ocurren en la adolescencia son responsables de la aparición del instinto sexual. En esta etapa la satisfacción sexual es un proceso complejo, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como a la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Sin embargo, a partir de la década de 1960, la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado. Como consecuencia de esto, el número de muchachas que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas ha aumentando en cifras alarmantes.

4.3. EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo de una adolescente es el punto y aparte de un gran recorrido que comienza en la búsqueda del sexo. Un camino que se inicia en un determinado momento de la vida, y que constituye un viaje único y diferente en cada ser humano. En la actualidad el 25% de adolescentes entre 15 y 17 años tiene relaciones sexuales. Para algunos la cifra es escandalosamente alta, para otros es fruto de la sociedad sin rumbo en que vivimos, para los demás se trata de una situación real que hay que enfocar. Muchos educadores y programas sexuales intenta retrasar la iniciación de las

relaciones sexuales a través de la implantación de un miedo atávico, propio de una moralidad limitativa, que restringe las prácticas sexuales a un ámbito reducido como el del matrimonio, olvidando la realidad que viven los adolescentes y los requerimientos que ello conlleva. El hecho es que la sexualidad cada vez se vive a edades más tempranas lo cual ha contribuido al aumento considerable de gestantes menores de 18 años:

- Más de 750,000 adolescentes quedan embarazadas cada año y alrededor de 420,000 dan a luz.
- Tres de cada 10 adolescentes quedan embarazadas al menos una vez antes de los 20 años de edad.
- Adolescentes menores de 18 años tiene un segundo bebé dentro de los dos años del nacimiento del primero.
- Las madres adolescentes tienen más probabilidades que las madres mayores de 20 años de tener un bebé prematuro.

4.3.1. Salud de la madre adolescente

- Algunas adolescentes deben cambiar su estilo de vida para mejorar sus probabilidades de tener un bebé sano. Una dieta poco sana, el hábito de fumar y el consumo de alcohol y drogas pueden aumentar el riesgo de que el bebé nazca con problemas de salud como, por ejemplo, bajo peso al nacer (menos de 5.5 libras o 2.5 kg).

- Las adolescentes embarazadas fumadoras duplican el riesgo de tener un bebé de bajo peso al nacer y aumentan el riesgo de complicaciones durante el embarazo, nacimiento prematuro y nacimiento sin vida ⁶
- Entre las madres de todas las edades, las adolescentes componen el grupo en el que hay menos probabilidades de que reciban atención médica prenatal a comienzos de la gestación y de manera regular. Las madres de entre 15 y 19 años en promedio reciben atención prenatal en una etapa avanzada o no reciben supervisión médica alguna. ⁷
- Las madres adolescentes corren mayor riesgo que las mujeres de más de 20 años de tener complicaciones durante el embarazo, como parto prematuro, anemia y alta presión arterial. Estos riesgos son incluso mayores cuando tienen menos de 15 años.⁸
- Un alto porcentaje de adolescentes entre 15 a 20 años de edad contraen infecciones de transmisión sexual.⁹ Estas enfermedades incluyen la clamidia (que puede causar esterilidad), la sífilis (que puede provocar ceguera y la muerte de la madre o del bebé) y el VIH.

4.3.2. Riesgos para la salud de los bebés de madres adolescentes

- Los bebés nacidos de madres adolescentes tienen más probabilidades de sufrir ciertos problemas serios y la muerte que los bebés de madres adultas.

- Los bebés de madres adolescentes tienen más probabilidades de morir durante su primer año de vida que los bebés de madres de entre 20 y 40 años de edad. El riesgo es mayor para los bebés de madres de menos de 15 años de edad..¹⁰
- Madres de entre 15 y 19 años dan a luz bebés de bajo peso, en comparación a madres de todas las edades. El riesgo es mayor para las adolescentes más jóvenes.
- Los órganos de los bebés de bajo peso al nacer pueden no estar totalmente desarrollados. Esto puede derivar en problemas pulmonares, como el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragias cerebrales, pérdida de la vista y problemas intestinales graves.
- Los bebés de muy bajo peso al nacer (menos de 3 1/3 libras o 1.6 kg) tienen casi 100 veces más probabilidades de morir durante su primer año de vida que los bebés nacidos con peso normal; en los bebés de peso moderadamente bajo al nacer (entre 3 1/3 y 5 1/2 libras, o 1.6 y 2.5 kg) las probabilidades son de más de cinco veces.¹

4.3.3. Consecuencias del embarazo en adolescentes

- a. El embarazo impacta negativamente en la adolescencia por varias razones entre las que se pueden mencionar el hecho de no estar preparados biológica - psicológica, ni socialmente para la maternidad. La embarazo

adolescente es considerado de alto riesgo por los múltiples factores que puede ocurrir durante el transcurso de su embarazo, parto y puerperio.

- Las madres adolescentes tienden mayor incidencia a abandonar la educación secundaria que las jóvenes que posponen la maternidad.²
- Al carecer de la educación adecuada, es probable que la madre adolescente no posea las habilidades que necesita para conseguir un trabajo y conservarlo. Es común que dependa económicamente de su familia, también es más probable que las madres adolescentes vivan en la pobreza.²
- Los niños nacidos de madres adolescentes solteras que abandonaron la secundaria aumentan el riesgo de crecer en condiciones poco adecuadas.¹¹
- Los hijos de madres adolescentes tienen un 50 por ciento de probabilidades de repetir de grado en la escuela y suelen tener un mal desempeño académico y abandonar la escuela secundaria antes de terminarla.

4.3.4. Posibles causas del embarazo adolescente

a. Educación Sexual y Salud Reproductiva

En la mayoría de centros educativos las mallas curriculares describen a la Educación como una unidad temática en donde se desarrollan conceptos bio-fisiológicos de la sexualidad y reproducción humana, sin tomar en cuenta la necesidad de una formación adolescente en valores morales – sociales y sexuales que le permitan vivir una sexualidad responsable y plena.

b. Cultura

Debido a la censura que existe en muchas sociedades con respecto al tema de la sexualidad, los y las adolescentes carecen de información y acceso a servicios adecuados de planificación familiar en condiciones de confidencialidad e independencia, lo cual incrementa la posibilidad de una vida sexual prematura e irresponsable con consecuencias como el embarazo y el aborto

c. Machismo: Dominación masculina sobre la voluntad de la mujer

Es común que la pareja de una mujer se oponga a usar condones u otra clase de anticonceptivos, a pesar del riesgo de tener un embarazo no deseado, como consecuencia de ideas equivocadas de virilidad y hombría. Esta incapacidad de la mujer para decidir sobre su reproducción suele ser mayor si es muy joven.

d. Falso acceso a los anticonceptivos

Para los adolescente todavía es un problema conseguir anticonceptivos por los tabúes sociales que siguen existiendo. Efectivamente, la gran mayoría de los métodos anticonceptivos se venden en farmacias sin embargo no hay que olvidar que a esta edad pesa mucho la vergüenza que tiene un joven para pedirlos, el temor a ser reconocidos o la ansiedad de que les pregunten algo que no sepan contestar o que les ponga en evidencia, lo cual contribuye a que muchos opten por no acceder a ellos.

e. Fracaso de campañas informativas

La realidad nos dice que las campañas informativas funcionan muy poco. Las campañas no mejoraban la utilización de anticonceptivos y no han reducido el número de embarazos adolescentes. Sólo se consiguieron resultados positivos en la prevención de embarazos de adolescentes cuando se utilicen conjuntamente programas que introduzcan medidas técnicas - como educación sexual, controles clínicos, disponibilidad de centros de planificación familiar - junto a programas de abstinencia sexual producto de una verdadera concienciación interna y personal.

f. Condición Socioeconómica

La condición socioeconómica no es determinante, en todos los niveles sociales se presentan casos de embarazo adolescentes, sin embargo en la clase baja éste es aceptado con mayor normalidad.

4.4. EL ABORTO EN ADOLESCENTES

4.4.1. Factores determinantes del aborto adolescente

a. Dependencia económica y social

En situaciones de dependencia económica y social, el aborto sigue siendo la única solución para adolescentes que enfrentan un embarazo no deseado y no pueden asumir por sí solas la crianza de un hijo.

b. La desaprobación de la familia y la estigmatización social y moral que pesan aún sobre las mujeres embarazadas sin estar casadas

Las adolescentes son comúnmente estigmatizadas por embarazarse fuera del matrimonio, lo que puede llevarlas, en casos extremos, a interrumpir su gestación por cualquier medio, incluso induciéndose ellas mismas un aborto. Paralelamente, hay una condena social del aborto como acto reprimido por la justicia, la religión y la sociedad, y también porque revela una sexualidad adolescente socialmente poco admitida. Así, las mujeres ocultan a menudo este aborto a sus allegados y tienden a describir como espontáneos los abortos provocados para evitar ser estigmatizadas, en particular por parte del personal médico que las atiende.

En sectores pobres el embarazo fuera del matrimonio puede ser socialmente aceptable, pero no en las familias de clase media o alta, en tal caso el aborto podría salvar el honor familiar y de la mujer.

c. Vulnerabilidad adolescente

Aunque mujeres de diversa edad recurren al aborto, este recurso tiene, a menudo, mayores consecuencias entre las adolescentes, pues por lo general se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad. Las jóvenes dependen, en muchos casos, económica y emocionalmente de sus padres u otras personas adultas con quienes vivan. Por lo mismo, cuando enfrentan un embarazo suelen carecer de autonomía para decidir de manera ecuánime si continúa o lo interrumpen.

d. La pareja sentimental

La actitud de la adolescente en caso de un embarazo no previsto dependerá, en gran medida, de la reacción de su pareja y del tipo de relación existente. Es importante la participación del varón en la decisión de abortar y la responsabilidad que asuma de solventar los gastos que implique recurrir a este recurso y de afrontar las implicaciones que este hecho tendrá en el proyecto de vida de la pareja. Por otra parte, debe tomarse cuenta que sin el apoyo de un compañero o de la familia, las jóvenes en esta situación no tienen muchas veces otra alternativa que el aborto para proteger su propio futuro.

- e. La prolongación de los estudios y la inserción creciente de las mujeres jóvenes en actividades económicas, como proyectos de vida alternativos, contribuyen también a retrasar la maternidad y a recurrir al aborto en caso de un embarazo no previsto y no deseado. (7)
- f. Por otro lado, la arraigada dominación masculina en las sociedades latinoamericanas también se manifiesta en el plano de la sexualidad. Es común que la pareja de una mujer se oponga a usar condones u otra clase de anticonceptivos, a pesar del riesgo de tener un embarazo no deseado, que eventualmente deba ser interrumpido. Esta incapacidad de la mujer para decidir sobre su reproducción suele ser mayor si es muy joven.

En tal virtud se reconocen los diversos factores asociados con la elección de la adolescente de abortar, entre ellos el ser menor de edad, ser soltera, tener un menor nivel educativo, bajo nivel socioeconómico, no sentirse preparadas para ser madres en ese momento, posible deserción escolar y/o dificultad para continuar con los estudios y el trabajo, ser el embarazo fruto de una relación sexual ocasional, falta de apoyo de la pareja, opiniones sociales y familiares, el apoyo o no de los padres. En definitiva la red social y familiar es la que determina en la mayoría de los casos el resultado del embarazo en las adolescentes.

Las adolescentes mujeres que recurren al aborto pertenecen a todos los niveles socioeconómicos y viven en todo tipo de lugares, abortan campesinas,

y adolescentes que viven en ciudades, adolescentes de familias de escasos recursos y de familias de buenos ingresos, analfabetas, estudiantes, etc. El embarazo adolescente es un problema colectivo que se encuentra distribuido en toda nuestra sociedad.

4.4.2. Secuelas del aborto en adolescentes

Las adolescentes, que suponen aproximadamente un 30 por ciento de las mujeres que abortan, se exponen a un riesgo mucho más alto de sufrir numerosas complicaciones relacionadas con el aborto. Esto reza tanto para las complicaciones inmediatas como para los perjuicios reproductivos a largo plazo.

4.4.2.1. Secuelas físicas del aborto

a. Complicaciones Inmediatas: Alrededor de un 10% de mujeres que se someten a un aborto provocado sufrirán complicaciones inmediatas, de las cuales aproximadamente un 2% tienen la consideración de riesgo mortal. Las nueve grandes complicaciones más comunes que pueden darse durante la práctica del aborto son: infección, efusión excesiva de sangre, embolia, desgarro o perforación del útero, complicaciones de la anestesia, convulsiones, hemorragia, lesión cervical, shock endotóxico. Las complicaciones menores más comunes incluyen: infección, efusión de sangre, fiebre, quemaduras de segundo grado, dolor abdominal crónico, vómitos, problemas gastro-intestinales, y sensibilización del Rh.

- b. Peor estado de salud general: Los embarazos malogrados y en particular los debidos a aborto provocado se asociaban de manera significativa a una salud general más deficiente. Durante el año siguiente a un aborto las mujeres visitaban a su médico de cabecera un 80 % más por toda clase de razones y un 180 % más por razones psico-sociales.
- c. Muerte: Las primeras causas de muerte en relación con el aborto son hemorragia, infección, embolia, anestesia, y embarazos ectópicos sin diagnosticar.
- d. Embarazo Ectópico: El aborto está relacionado de forma importante con un riesgo añadido de embarazos ectópicos posteriores. Los embarazos ectópicos amenazan la vida y pueden llevar a un descenso de fertilidad.
- e. Cáncer de mama: El riesgo de cáncer de mama casi se dobla después de un aborto e incluso se incrementa aún más con dos o más abortos.
- f. Cáncer de ovarios, hígado y cervical (cuello uterino): Las mujeres adolescentes con un aborto se enfrentan a un riesgo relativo de 2.3 de cáncer cervical, en comparación con las mujeres que no han abortado, y las mujeres con dos o más abortos encaran un riesgo relativo de 4.92. Riesgos

igualmente elevados de cáncer de ovario e hígado se ligan con el aborto único o múltiple. Estos porcentajes incrementados de cáncer para el caso de mujeres que han abortado se vinculan aparentemente a la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo, así como a la lesión cervical no tratada.

g. Endometritis: La endometritis representa un riesgo post-aborto para todas las mujeres, pero en especial para las adolescentes, las cuales tienen una probabilidad 2.5 veces mayor de contraer endometritis después de un aborto que las mujeres con edades entre 20 y 29 años.

h. Placenta Previa (sic): El aborto incrementa el riesgo de *placenta previa* en ulteriores embarazos (una circunstancia que pone en peligro tanto la vida de la madre como su embarazo deseado), en una escala de entre siete y quince. El desarrollo anormal de la placenta debido a lesión uterina aumenta el riesgo de malformación fetal, muerte perinatal y efusión excesiva de sangre durante el parto.

i. Perforación de útero: Entre un 2 y un 3 % de las pacientes adolescentes de aborto pueden sufrir perforación del útero; es más, la mayoría de estas lesiones quedarán sin ser diagnosticadas ni tratadas a no ser que realice una visualización mediante laparoscopia. El riesgo de perforación uterina se

incrementa para las mujeres que ya han tenido hijos y para las que reciben anestesia general durante la realización del aborto. El daño en el útero puede complicarse en ulteriores embarazos y eventualmente puede acarrear problemas que requieran una histerectomía, lo que de por sí puede conllevar diversas complicaciones adicionales y lesiones que incluyen la osteoporosis.

- j. Recién nacidos discapacitados en posteriores embarazos: El aborto se asocia con lesiones cervicales y uterinas que pueden incrementar el riesgo de parto prematuro, complicaciones en el parto y desarrollo anormal de la placenta en posteriores embarazos. Estas complicaciones reproductivas constituyen las causas principales de las minusvalías en recién nacidos.

k. Desgarros Cervicales:

En al menos 1% de abortos realizados en el primer trimestre se producen importantes desgarros cervicales que requieren sutura. Las laceraciones de menor envergadura o las micro-fracturas, que normalmente no son tratadas, a la larga perjudican la función reproductiva. La lesión latente post-aborto puede abocar a una posterior incompetencia cervical - parto prematuro y complicaciones durante el parto.

l. Afección inflamatoria pélvica [(pid)]: Se trata de una enfermedad que puede poner en peligro la vida y conllevar un riesgo añadido de embarazo ectópico y reducción de fertilidad. De entre las pacientes que tienen una infección por clamidia [*a chlamydia infection*] en el momento del aborto, un 23% desarrollará *PID* en 4 semanas. Algunos estudios determinan que entre un 20 y 27 % de pacientes que abortan sufren una infección por clamidia. Aproximadamente un 5% de pacientes que no han sido infectados por clamidia desarrollan *PID* dentro de las 4 semanas posteriores a un aborto realizado durante el primer trimestre.

m. Riesgo añadido por factores que hacen peligrar la salud: El aborto está ligado a cambios de conducta tales como promiscuidad, tabaquismo, abuso de las drogas y desórdenes alimenticios que en conjunto contribuyen a incrementar los riesgos de padecer problemas de salud.

Por ejemplo, la promiscuidad y el aborto están relacionados con un aumento de las tasas de *PID* y embarazos ectópicos.

4.4.2.2. Secuelas Psicológicas del aborto

a. Necesidad de tratamiento psicológico

Estudios realizados a pacientes post-aborto a sólo 8 semanas de haber abortado, determinaron que el 44% se quejaba de trastornos nerviosos, el 36% había sufrido alteraciones del sueño, el 31% tenía arrepentimientos por la decisión tomada y al 11% le habían sido prescritos fármacos psicotrópicos por su médico de cabecera.

Estudios retrospectivos que abarcaba un período de cinco años detectaron que el recurso a los servicios médicos y psiquiátricos era sensiblemente mayor entre mujeres adolescentes que habían abortado. Lo más revelador fue la conclusión a la que se llegó, según la cual el 25% de mujeres que habían abortado visitaban a los psiquiatras.

Las mujeres que han abortado tienen más probabilidades que otras de requerir el ingreso posterior en un hospital psiquiátrico. Adolescentes, mujeres separadas o divorciadas, y aquellas en cuya historia clínica figura más de un aborto encaran un riesgo especialmente alto.

Muchas mujeres tras un aborto recurren a la represión como mecanismo de defensa, puede darse un largo período de negación antes de que una mujer requiera tratamiento psiquiátrico. Estos sentimientos reprimidos son susceptibles de causar afecciones psicósomáticas y psiquiátricas o de conducta en otras facetas de la vida de la mujer.

b. Trastornos por estrés Post-traumático (en inglés PTSD o PAS)

Al menos un 19 % de mujeres que han abortado padecen trastornos por estrés post-traumático (PTSD). Aproximadamente la mitad presentaba muchos de los síntomas de trastornos por estrés post-traumático, aunque no todos, y entre un 20 y un 40% desarrollan niveles de estrés que fluctúan entre moderados y altos, así como una conducta evasiva respecto a sus experiencias abortivas.

Las adolescentes pueden interiorizar el aborto como una experiencia traumática por varias razones: En muchos casos llegan a él forzadas por maridos, novios, padres u otros. Si la mujer ha sido víctima en repetidas ocasiones de abuso de posición dominante, el aborto forzado puede ser percibido como la violación definitiva en el curso de una vida marcada por el abuso. Otras mujeres, sin importar cuánto de imperioso tuviesen las razones por las que recurrieron al aborto, pueden percibir el final de su embarazo como la muerte violenta causada a su propio hijo. El miedo, la

ansiedad, el dolor y la culpa asociada al procedimiento abortivo aparecen entreverados en esta percepción de muerte violenta y grotesca.

Los síntomas más importantes de trastornos por estrés post - traumático son clasificados generalmente en tres categorías: Hiperexcitación, Intrusión y Constricción.

Constricción: Consiste en una intervención inapropiada y crónica de los mecanismos de defensa. La persona se halla en permanente alerta frente a amenazas de peligro. Los síntomas de hiperexcitación incluyen: respuestas exageradamente sobresaltadas, ataques de ansiedad, irritabilidad, explosiones de ira o rabia, conducta agresiva, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, dificultad para conciliar el sueño o mantenerse despierto, reacciones fisiológicas ante situaciones que simbolicen o se asemejen a algún aspecto de la experiencia traumática (por ejemplo, aceleración del pulso o sudoración durante un examen pélvico).

Intrusión: Consiste en revivir el hecho traumático involuntaria e inesperadamente. Los síntomas de intrusión en los casos de trastornos por estrés post - traumático incluyen: pensamientos recurrentes e intrusivos sobre el aborto o el niño abortado, en los que las mujeres vuelven a vivir momentáneamente un aspecto de la experiencia abortiva, pesadillas sobre

el aborto o el niño, o reacciones de intenso pesar o depresión en la fecha del aniversario del embarazo abortado o del aborto.

Constricción: Consiste en paralizar los recursos emocionales o en desarrollar patrones de conducta, de forma que se eviten los estímulos asociados con el trauma. Se trata de la conducta evasiva, un intento de negar y de evitar las sensaciones que agraven los sentimientos negativos asociados con el trauma.

La constricción puede incluir: incapacidad para recordar la experiencia abortiva o partes importantes de ella; esfuerzos por evitar actividades o situaciones que puedan excitar los recuerdos del aborto; abandono de relaciones, en especial, alejamiento de aquéllas que tuvieron que ver con la decisión de abortar; evitación de hijos; intentos de evitar o negar pensamientos o sensaciones relacionadas con el aborto; escasa presencia de sentimientos relacionados con el amor o la ternura; visión del futuro como en escorzo (por ejemplo no esperar tener una carrera, casarse, criar hijos o una vivir una vida larga); interés reducido por actividades con las que antes se disfrutaba; abuso de drogas o alcohol; pensamientos o actos suicidas y otras tendencias autodestructivas.

c. Abuso del alcohol:

El aborto se vincula de forma significativa con un riesgo doblemente añadido de abuso del alcohol entre las mujeres. El aborto seguido de abuso

del alcohol se vincula con conductas violentas, divorcio o separación, accidentes de tráfico, y pérdida del puesto de trabajo.

d. Abuso de las drogas:

El aborto se halla significativamente ligado a abuso posterior de las drogas. Además de los costos psico-sociales que supone tal abuso, la adicción las drogas se vincula con riesgo incrementado de contraer infecciones por VIH/SIDA, malformaciones congénitas y conducta agresiva.

e. Refuerzo del hábito de fumar

Las mujeres que abortan tienen el doble de probabilidades de convertirse en fumadoras. Las mujeres que han abortado tienen mayor probabilidad de continuar fumando durante los posteriores embarazos deseados, con el riesgo de muerte neonatal o anomalías congénitas.

f. Desórdenes Alimenticios

El estrés post-aborto se asocia con desórdenes en la ingestión de alimentos tales como la bulimia, y anorexia nerviosa.

g. Planteamientos suicidas e intentos de suicidio:

Aproximadamente un 60% de mujeres que experimentan secuelas post-aborto declaran albergar ideas suicidas, frente a un 28% que intenta realmente suicidarse, de las cuales la mitad lo ha hecho en dos o más ocasiones.

h. Disfunción sexual:

Un 30 y 50% de mujeres que han abortado declaran sufrir disfunciones sexuales, de breve y larga duración, que comienza inmediatamente después de sus respectivos abortos. En concreto pueden incluir uno o varios problemas de los que se detallan a continuación: ausencia de placer en las relaciones, dolor añadido, aversión al sexo o a los hombres en general, o desarrollo de una forma de vida de tipo promiscuo.

i. Divorcio y problemas crónicos de relación:

Para la mayor parte de las parejas, un aborto crea problemas imprevistos en su relación. Las parejas que han recurrido al aborto están más expuestas a divorciarse o a separarse. Muchas mujeres que abortan desarrollan una mayor dificultad para establecer lazos duraderos con un

compañero. Esto puede deberse a que el aborto se relaciona con reacciones tales como baja autoestima, desconfianza hacia los hombres, disfunción sexual, abuso de sustancias y niveles incrementados de depresión, ansiedad y cólera pasajera. Las mujeres que se han sometido a más de un aborto tienen mayor probabilidad de requerir ayudas públicas, en parte porque también tienen más probabilidades de acabar constituyendo familias monoparentales.

j. Descuido de los niños o conducta abusiva hacia ellos:

El aborto se vincula con mayores niveles de depresión, conducta violenta, abuso del alcohol y de las drogas, embarazos 'de sustitución o reemplazo', y relajación de los lazos que unen a las madres con los hijos habidos posteriormente. Estos factores se asocian estrechamente con el trato abusivo hacia los niños y parecen confirmar particulares valoraciones clínicas que vinculan el trauma post-aborto con abuso infantil subsiguiente.

k. Abortos de repetición

Las mujeres a las que les ha sido practicado un aborto arrastran un riesgo añadido de volver a abortar en el futuro. Las mujeres que cuentan con una

experiencia abortiva anterior tienen una probabilidad cuatro veces mayor de volver a interrumpir voluntariamente su embarazo que aquéllas que no tienen historia abortiva previa. Aproximadamente un 45% de todos los abortos son abortos de repetición.

Este riesgo incrementado se asocia con el aborto anterior por la baja autoestima, un consciente o inconsciente deseo de llevar a cabo un embarazo 'de sustitución', y una mayor actividad sexual post-aborto. Los abortos posteriores pueden producirse por culpa de deseos conflictivos de quedar embarazada y tener un hijo y presiones continuas en favor del aborto, como puede ser el abandono por parte del nuevo compañero. En los abortos de repetición se da cuenta también de cierta clase de auto-punición.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la frecuencia y los factores asociados al aborto en mujeres adolescentes que fueron atendidas en el Hospital Teófilo Dávila, de la ciudad de Machala, durante el año 2007.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia de abortos en adolescentes que acudieron al servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila, durante el año 2007.
- Indicar los Abortos según variables demográficos (edad, procedencia, residencia, instrucción, estado civil, etc.)

- Establecer la frecuencia del factor o factores predisponentes que provocan el aborto en adolescentes.

CAPITULO VI

METODOLOGIA

6.1. Tipo de Estudio

Se realizó un estudio de tipo Descriptivo, el cual permitió determinar los factores asociados al aborto en mujeres adolescentes que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, entre Enero a Diciembre del 2007.

6.2. Universo y Muestra

Universo Geográfico:

Cantón: Machala

Parroquia: La Providencia

Provincia: El Oro

Institución: Hospital Teófilo Dávila

Universo Social: Adolescentes con diagnóstico de aborto

Universo Estadístico - Muestra: Por tratarse de un universo estadístico pequeño se consideró la totalidad de esta población, que fueron atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila, durante el año 2007.

6.3. Definición de caso de estudio

(Criterios de inclusión y de exclusión)

Criterios de Inclusión: Todas las adolescentes (10 a 19 años 11 meses) con diagnóstico de aborto que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila durante el año 2007.

Criterios de exclusión: Mujeres con diagnóstico de aborto que no se encuentren en los rangos de edad especificados en los criterios de inclusión.

6.4. Área de Estudio

El presente estudio se realizó en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, provincia de El Oro, ubicado en la Calle Boyacá y Buena Vista, Parroquia La Providencia.

6.5. Variables y Operacionalización

Estado civil

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Divorciada
- Unión libre

Instrucción

- Analfabeta
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Superior

Residencia

- Urbana
- Rural

Ocupación

- Estudiante

- Quehaceres Domésticos
- Empleada domestica
- Comerciante
- Agricultor
- Otros

Antecedentes Ginecológicos-Obstétricos.

- Abortos
- Óbitos
- Partos prematuros
- Otros

Controles prenatales.

- Consultas prenatales 1 – 4
- Control prenatal > 4
- Sin control prenatal

Antecedentes Patológicos Personales.

- H.T.A.
- Diabetes
- Tuberculosis pulmonar
- Infertilidad
- Cirugía pélvica – uterina
- Otros

Antecedentes Patológicos Familiares.

- H.T.A.
- Diabetes
- Tuberculosis
- Gemelares
- Otros

Anticonceptivos

Hábitos (tabacos, alcohol, drogas)

Vitaminas.

Abortos Espontáneos

Abortos Provocados

6.6. Métodos técnicas e instrumentos

Método: Descriptivo.

Técnica: Revisión de Historias Clínicas, CLAP, Base de datos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala

Instrumento: Historia Clínica, Hoja del CLAP, Base de Datos del Departamento de Ginecología y Obstetricia.

6.7. Recursos

Recursos Directos:

Estudiantes: Arichábala María del Carmen- Astudillo María José

Director: Dr. Jaime Ñauta

Recursos Indirectos:

Dr. José Ortiz

Dra. Astrid Feican

6.8. Plan de tabulación y Análisis

Los datos obtenidos fueron ingresados en una base de datos. La presentación y tabulación de los datos se realizó utilizando el programa Excel Office 2003.

CAPITULO VII

1. RESULTADOS

GRAFICO N° 1

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN EDAD HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007

*Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos
Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala*

El 69% de adolescentes con diagnóstico de aborto, tienen entre 17 - 19 años de edad; el 30% entre 14 – 16 y el 1%, entre menores de 13 años.

Las adolescentes tienen más probabilidad de presentar episodios de abortos naturales o provocados, en el primer caso por falta de maduración bio-fisiológica propia de su edad, y en el segundo por factores sociales - personales y familiares que condicionan esta decisión.

GRÁFICO No. 2

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN ESTADO CIVIL HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007



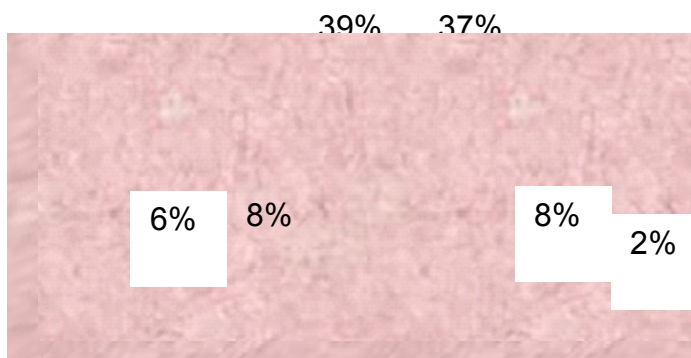
*Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos
Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala*

El 68% de adolescentes con diagnóstico de aborto viven en unión libre; el 25% son solteras, tan solo un 6% están casadas.

Sin lugar a duda la actitud de la mujer en caso de un embarazo no deseado dependerá en gran medida de la relación con su pareja y del tipo de relación existente. Debe tomarse en cuenta que sin el apoyo de un compañero o de la familia, las jóvenes en esta situación no encuentran otra alternativa que el aborto, a pesar de los peligros que esta decisión conlleva.

GRÁFICO No. 3

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN INSTRUCCION HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007



*Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos
Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala*

El 39% de adolescentes con diagnóstico de aborto completaron la primaria; el 37% no culminaron los estudios, y tan solo un 2%, están cursando estudios superiores.

Hoy en día la salud reproductiva se refiere a una educación continua que empieza antes de la concepción, incluye la educación a edad temprana hasta que la mujer llega a la menopausia y climaterio, de ahí, que el bajo nivel de educación está directamente relacionada con el incremento de embarazo entre los adolescentes y por ende con el crecimiento en el número de abortos.

GRÁFICO No. 4

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN PROCEDENCIA HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007

ZONA
RURA
33

ZONA
URBANA
67

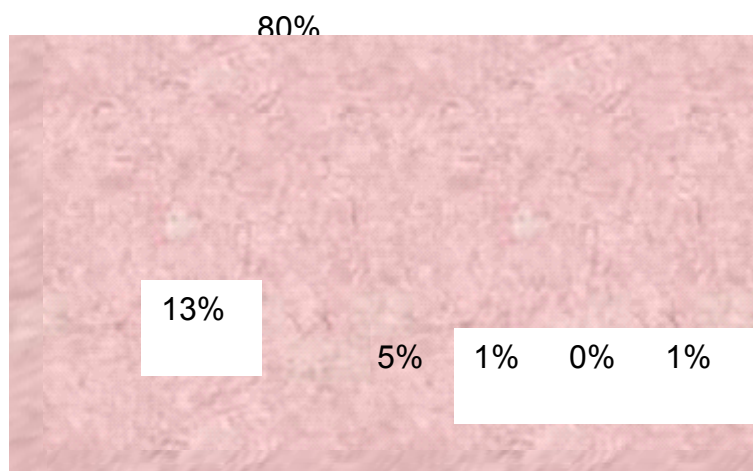
*Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos
Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala*

El 67% de adolescentes con diagnóstico de aborto viven en la zona urbana de la ciudad de Machala; y el 33% en la zona rural.

Las adolescentes que recurren al aborto pertenecen a todas las clases socioeconómicas y viven en todo tipo de lugares, abortan mujeres campesinas y mujeres que viven en ciudades; no obstante, la mayoría de casos suceden en contextos urbanos y sobre todo en los extractos sociales más bajos. Son las adolescentes de las zonas urbanas marginales quienes recorren en mayor porcentaje a abortos inseguros, los cuales, por su carácter clandestino, dejan de registrarse.

GRÁFICO No. 5

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN OCUPACION HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007



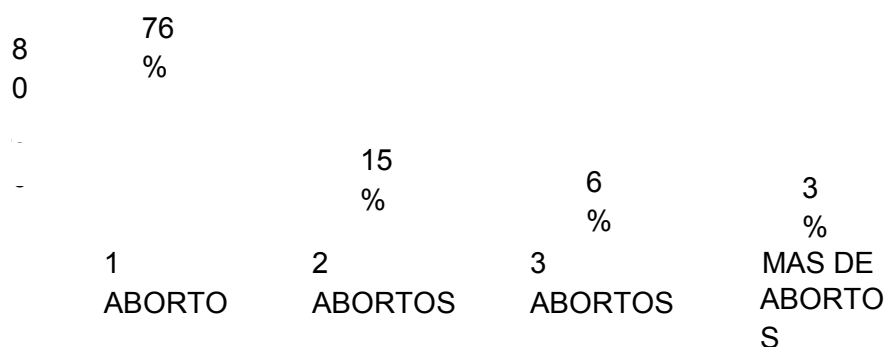
Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos
Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

El 80% de adolescentes con diagnóstico de aborto, que son 121 de ellas, se dedican a quehaceres domésticos; y el 13%, que son 19 de ellas son estudiantes.

Las adolescentes que recurren al aborto en su mayoría depende económicamente de sus padres, parejas u otras personas adultas con las que viven, por lo mismo cuando enfrentan un embarazo no deseado suele carecer de autonomía para decidir sobre su futuro, sometiéndose muchas veces a decisiones externas.

GRÁFICO No. 6

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN ANTECEDENTES GINECOLOGICOS-OBSTETRICOS HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007



*F u e n t e :
Hoja de CLAP,
Base de Datos*

*A u t o r a s :
María José
Astudillo – María
del Carmen
Arichábala*

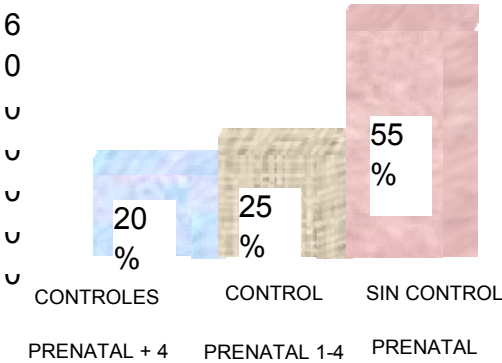
El 76% de
adolescent

es con diagnóstico de aborto presentan antecedentes Ginecológicos
obstétricos de un aborto, el 15% presentan dos abortos.

Las mujeres que cuentan con una experiencia abortiva anterior tienen una probabilidad cuatro veces mayor de volver a interrumpir voluntariamente su embarazo que aquéllas que no tienen historia abortiva previa. Un alto porcentaje de los abortos son abortos de repetición.

GRÁFICO No. 7

**FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADOLESCENTES SEGÚN CONTROLES PRENATALES HOSPITAL
TEOFILO DAVILA MACHALA 2007**



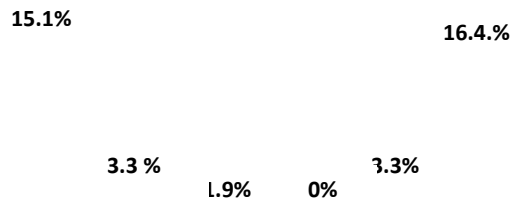
Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos
Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

El 55% de adolescentes con diagnóstico de aborto no han recibido ningún control prenatal, el 25% Control Prenatal 1 - 4, y el 20% Control Prenatal + 4. Es muy frecuente en las adolescentes que por desconocimiento de los síntomas del embarazo no acuden con prontitud y constancia a los controles médicos para recibir atención y detectar cualquier anomalía o problema que pudiera presentarse para así darle tratamiento oportuno, lo que aumenta considerablemente el número de abortos y partes prematuros, muertes materno infantil y otras complicaciones.

GRÁFICO No. 8

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007

59.9%



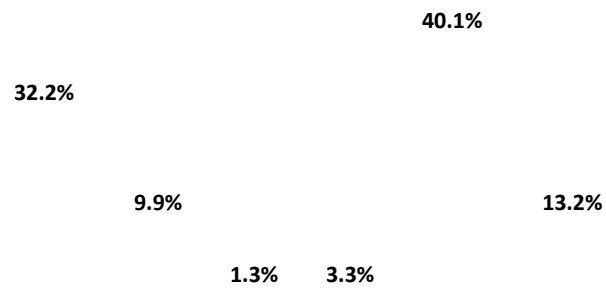
Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos

Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

Entre los antecedes patológicos personales que tienen mayor incidencia en el aborto adolescente tenemos que el 59.95 de los pacientes no presentan ningún antecedente, el 15.5% H.T.A., el 3.3% cirugía pélvica uterina y diabetes respectivamente, el 1,9% tuberculosis pulmonar, mientras que el 16,4% presenta otro tipo de antecedentes patológicos personales.

CUADRO No. 9

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007

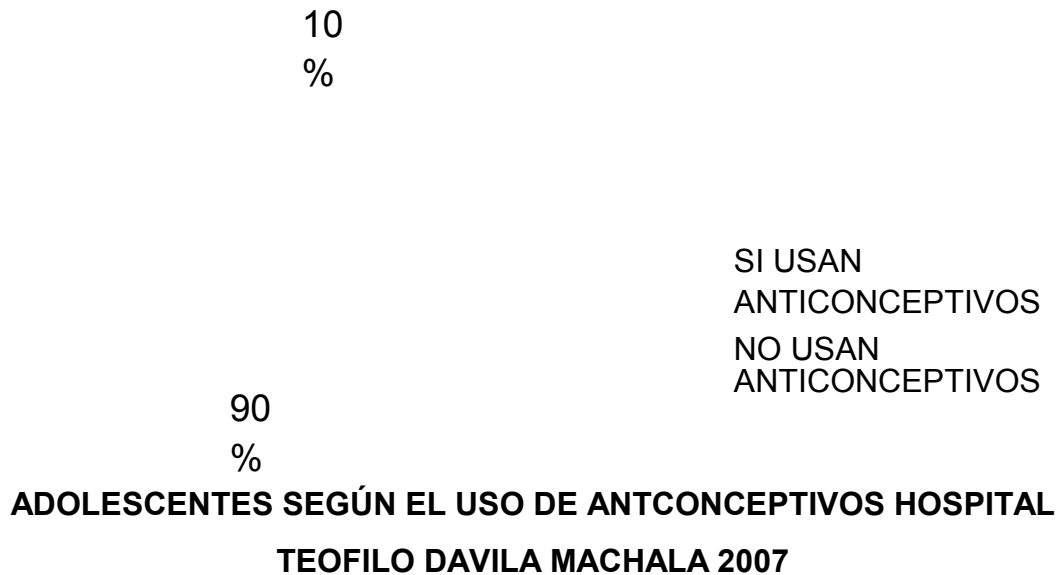


Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos
Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

Entre los antecedentes familiares patológicos que mayor inciden en el aborto adolescente tenemos con un 40,1% casos de diabetes, 32,2% H.T.A y 13,2% ninguno de las situaciones mencionadas.

GRÁFICO No. 10

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN



Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos

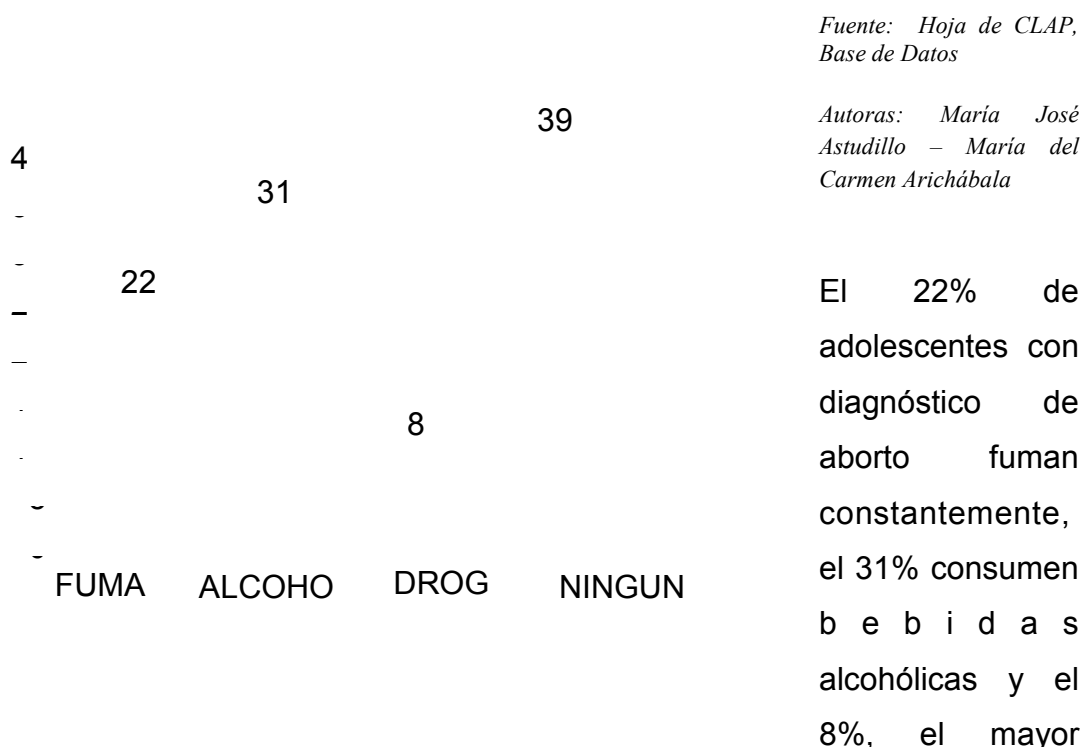
Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

El 90% de adolescentes con diagnóstico de aborto no usan ningún método anticonceptivo; y tan solo el 10% usan métodos anticonceptivos.

La arraigada dominación masculina en las sociedades latinoamericanas también se manifiesta en el plano de la sexualidad. Es común que la pareja de una mejor se oponga a usar condones u otra clase de anticonceptivos, a pesar de los riesgos de embarazos no deseados, que eventualmente deben ser interrumpidos. Esta incapacidad aumenta a medida que disminuye la edad de la mujer.

GRÁFICO No. 11

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN EL USO DE HABITOS TOXICOS HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007



porcentaje, 39% no presentan ninguno de los hábitos negativos señalados. Estos hábitos negativos constituyen un agente adicional para el fracaso de los embarazos adolescentes dado que aumenten el riesgo de presentar abortos, partos prematuros y complicaciones durante el embarazo, además de perjudicar considerablemente la salud del niño en caso de que este nazca.

GRÁFICO No. 12

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN EL CONSUMO DE VITAMINAS HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007

Fuente:
Hoja de CLAP,
Base de Datos

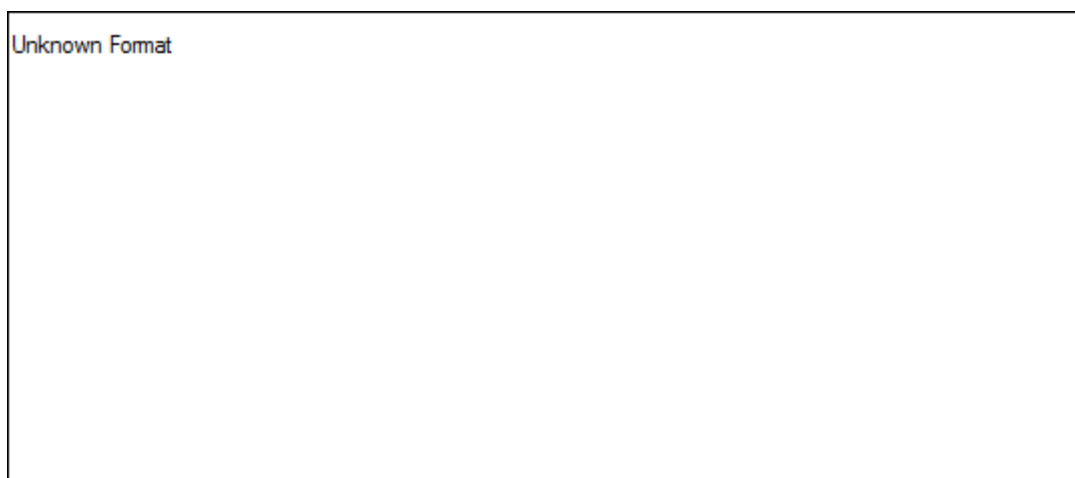
Autoras:
María José
Astudillo –
María del
C a r m e n
Arichábala

60	40	SI VITAMINA NO VITAMINA
----	----	----------------------------------

El 60% de adolescentes con diagnóstico de aborto no han consumido ningún tipo de suplemento vitamínico durante el embarazo. La falta de una buena alimentación conlleva a problemas alimenticios como la desnutrición que conllevan al aumento del número en este grupo de mujeres. La falta de control, de acceso a la salud, de recursos económicos para la asistencia es producto del desconocimiento y falta de información, en nuestro país el M.S.P ofrece maternidad gratuita y asistencia médica para la madre gestante durante todo su embarazo, hasta los primeros 5 años de vida de su hijo, ofreciendo entre otros servicios vitaminas y suplementos vitales para el buen desarrollo de su vida y la de su bebe.

GRÁFICO No. 13

FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN EL TIPO DE
ABORTO HOSPITAL TEOFILO DAVILA **ABORTO** **MACHALA 2007**
 62 **ESPONTANE**
ABORTO
PROVOCADO



Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos
Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

El 62% de adolescentes que acudieron durante el periodo 2007 al área de Ginecología y Obstetricia se diagnosticaron como aborto provocados, y el 38%, corresponden a diagnostico de aborto natural.

El aborto en adolescente resulta ser el eslabón de una cadena de problemas, en primer lugar porque el embarazo adolescente es un indicador de salud pública relevante, no solo por disminuir las posibilidades de desarrollo de la gestante y el aumento del riesgo de pobreza, sino también por constituirse en un elevado riesgo para la salud física y psicológica de la adolescente a corta, mediano y largo plazo.

El aborto en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en las salas de emergencias.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La salud reproductiva se refiere a una educación continua que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo de las adolescentes y pasa por el periodo de la fecundidad y la reproducción hasta que la mujer llega a la menopausia y el climaterio.

“En la actualidad la población adolescente representa el 20% de la población mundial, de cuyo total cerca del 85% vive en países en vías de desarrollo”.

Se ha demostrado que las madres adolescentes prestan los peores indicadores de salud materno infantil que las mujeres en edad óptima para la procreación.

El aborto en adolescentes resulta ser el eslabón de una cadena de problemas, en primer lugar porque el embarazo adolescente es un indicador de salud pública relevante en América Latina, no solo por disminuir las posibilidades de desarrollo de la gestante y aumentar el riesgo de pobreza, sino también por construirse en elevado riesgo para su salud física y psicológica.

En Latinoamérica y el Caribe las estimaciones varían entre aproximadamente 13 abortos anuales x c/1000 mujeres de 15 a 19 años en México y alrededor de 36 x 1000 adolescentes en la República Dominicana. (9). En el presente estudio realizado desde enero a diciembre del 2007 en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala se obtuvo que 152 adolescentes asistieron con diagnóstico de aborto. Los nacidos vivos de madres adolescentes menores de 15 años, registran una Tasa de mortalidad infantil del doble que el promedio (45,1%) que disminuye a 22,6% en el grupo de 15 a 19 años.

En los últimos ocho años se duplicó la tasa de abortos en los hospitales del Ministerio de Salud Pública hasta llegar a 24.228 por año. Estadísticas que van en aumento y que revelan que solo en el 2007 se registraron 24.228 abortos en las entidades estatales del país, una cifra que casi duplica a la del 2000, cuando esta tasa se ubicó en 12.917

“Datos oficiales hablan de 30.000 abortos por año. La tendencia es cada vez a aumentar y, de acuerdo a estudios, se calcula que esa cifra podría triplicarse... Al Ministerio se le hace imposible tener un control de lugares clandestinos” (12)

Los hospitales estatales de Guayas conjuntamente con el de Machala, Teófilo Dávila, son los que más abortos registran en el país; en el 2007, 5.415 mujeres abortaron, frente a 24.524 que sí tuvieron a sus hijos.

El 69% de adolescentes con diagnóstico de aborto en el Hospital Teofilo Dávila en el año 2007, tienen entre 17 - 19 años de edad; Según AGI, Into a New World, op. cit p. 34, en Latinoamérica y el Caribe una décima parte de todas las mujeres hospitalizadas por complicaciones relacionadas con un aborto son menores de 20 años, durante los últimos años se ha incrementado el número de embarazadas adolescentes con o sin complicaciones, como causa de consulta en la embarazada. (11)

La relación entre grado de instrucción de la madre y mortalidad infantil también es importante, ya que en los hijos de madres que no finalizaron la escolaridad primaria la tasa de mortalidad infantil es cuatro veces mayor que en las madres que completaron el secundario. (10). En nuestro estudio de acuerdo al nivel de instrucción el 39% de las adolescentes únicamente completaron la primaria y el 37% no completo la secundaria.

Investigaciones de campo como la realizada indican que el bajo nivel de educación está directamente relacionado con un alta tasa de embarazo entre los adolescentes. En República Dominicana, Ecuador, México y en la mayoría de los países africanos, más de las dos terceras partes de las mujeres sin educación sexual adecuada promueven actitudes irresponsables y no previene embarazos no deseados constituyendo el aborto entre adolescentes una práctica frecuente en aumento constante.

En el país se registran 300.000 embarazos por año, pero –según el Ministerio de Salud. Uno de cada dos es no deseado y uno de cada cinco es de adolescentes. En la Junta de Beneficencia de Guayaquil abortaron 15.121 adolescentes en los últimos ocho años y 5.376 tenían menos de 15 años.

En el Ecuador se ha determinado una cifra de uno de cada seis en todo el país y uno de cada cuatro solo en Guayas y dos en Machala. Ese es el promedio de embarazos interrumpidos que se registra en los hospitales del Estado. Sin embargo resulta imposible cuantificar los abortos que de manera clandestina se realizan en clínicas privadas o domicilios.

El 62% corresponden a abortos inducidos y el 38% a abortos por causas naturales en nuestro estudio, hace ocho años, de cada nueve embarazos uno se interrumpía en los hospitales del Ministerio de Salud Pública, pero esta tasa va en aumento y, actualmente, se frena uno de cada seis.

En Machala se registra uno de los índices más altos en los entes estatales, pues en esta provincia la relación es de un aborto por cada cuatro partos de los cuales la mayoría son autoprovocados. Según los especialistas; se calcula que solo el 10% se produce espontáneamente.

La frecuencia del aborto reconocido clínicamente aumenta de un 12% en mujeres menores de 20 años a un 26% en las mayores de 40 años.

Desde la década de 1980, el aumento continuado de las tasas de nacimiento para mujeres de menos de 20 años de edad se ha asociado al incremento de la proporción de adolescentes que son sexualmente activas, la cual se ha incrementado de un 36% al 51%. (13)

Este comportamiento es muy similar en el área urbana y en la rural, el 67% de adolescentes con diagnóstico de aborto viven en la zona urbana de la ciudad de Machala; y el 33% en la zona rural

Las mujeres de la Amazonía declaran haber tenido relaciones sexuales en mayor proporción (55.4%) que en la Costa (51.3%), Sierra e Insular (41.8% y 49.1%, respectivamente). En las provincias de Los Ríos, Manabí y Esmeraldas, la proporción de mujeres que ha tenido relaciones sexuales es mayor que en las demás, mientras que se observa menor experiencia sexual en Chimborazo y Cañar. (15)

El 70.3 por ciento de mujeres de 20 a 24 años ya ha tenido relaciones sexuales, frente al 27.0 por ciento de las de 15 a 19 años, y como se esperaba, a medida que la edad aumenta el porcentaje de mujeres que ha tenido relaciones se incrementa, de 9.6 por ciento en mujeres de 15 años a 83.1 por ciento en las de 24 años de edad aumenta también el número de embarazos y de abortos.

Se ha determinado que en el Ecuador dos de cada seis mujeres poseen como ocupación Quehaceres Domésticos en concordancia con nuestro estudio que determino del total de adolescentes con diagnóstico de aborto el 80% posee la ocupación de Quehaceres Domésticos

Un 65 por ciento de mujeres adolescentes presentaron un primer aborto frente a un 30% que presentaron ya un segundo aborto, esto en comparación con los datos obtenidos del estudio se determino que el 76% fue su primer aborto, el 15% el segundo aborto, el 6% su tercer aborto.

El 55% de las adolescentes con diagnostico de aborto no se realizaron ningún control prenatal y el 25% Control Prenatal 1 – 4 debido a su desconocimiento de los síntomas del embarazo no acuden con prontitud y constancia a los controles médicos, lo que aumenta considerablemente el número de abortos y partes prematuros, muertes materno infantil y otras complicaciones.

El 90% de adolescentes con diagnóstico de aborto no usan ningún método anticonceptivo; y tan solo el 10% usan métodos anticonceptivos. Como se ha

explicado, los abortos entre adolescentes son el reflejo de una problemática que afecta con especial intensidad al sector más humilde de la población en América Latina. Para contrarrestar lo anterior, diversos autores proponen una serie de acciones, entre las que destaca extender los programas de educación sexual para jóvenes, no sólo en su escuela, sino en otros sitios que frecuenten. También es importante ofrecerles servicios de salud reproductiva enfocados especialmente a ellos y en los cuales se brinde atención gratuita o a muy bajo costo. Tales servicios, además, deben preservar la confidencialidad de los usuarios, además de estar disponibles en forma permanente (GIRE, 2003), (Ehrenfeld, 1999). Situación que en nuestro país ya se ha incrementado, sin embargo la falta de difusión y conocimiento entre la población no ha permitido que llega a todos los sectores.

Del total de mujeres adolescentes en el Guayas el 52.7 por ciento no poseen ningún habito toxico y en nuestro estudio se encontró que el 22% de adolescentes con diagnóstico de aborto fuman constantemente, el 31% consumen bebidas alcohólicas y el 8%, el mayor porcentaje, 39% no presentan ninguno de los hábitos negativos señalados.

CONCLUSIONES

- La frecuencia de abortos en mujeres adolescentes es mayor que en mujeres adultas, en el período 2007 en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala se registraron 152 casos de adolescentes con diagnóstico de aborto de los cuales :

El 62% correspondieron a abortos inducidos y el 38% a abortos por causas naturales.

El 43% presentan un solo aborto, el 30% dos abortos, el 16% 3 abortos y el 11% más de 4 abortos.

- Los factores asociados al aborto en mujeres adolescentes son :

Edad: El 69% de adolescentes entre 17 - 19 años.

Estado civil: 68% unión libre y 25% solteras.

Nivel de instrucción: 98% no son profesionales

Residencia: 67% vive en la zona urbana marginal de la ciudad de Machala

Ocupación: En relación directa con el nivel de instrucción, el 80% depende económicamente de su pareja, dado que se dedican exclusivamente a quehaceres domésticos.

Antecedentes ginecológicos: El 76% de adolescentes con diagnóstico de aborto presentan antecedentes Ginecología obstétricos de un aborto, el 15% presentan dos abortos, 6% de tres y 3% más de 4

Antecedentes patológicos personales: la mayoría 59,9% no presenta ningún antecedente patológico,

Antecedentes patológicos familiares: 32,2% presenta de H.T.A.

Atención – control prenatal: El 55% de adolescentes con diagnóstico de aborto no han recibido ningún control prenatal, el 25% Control Prenatal 1 - 4, y el 20% Control Prenatal + 4.

Uso de anticonceptivos: El 90% de adolescentes con diagnóstico de aborto no usan ningún método anticonceptivo

Malos hábitos: El 39% no presente ningún hábito nocivo para su salud o la de su futuro bebe.

Consumo de vitaminas. El 60% no han consumido ningún tipo de suplemento vitamínico durante el embarazo.

RECOMENDACIONES

Para mejorar las probabilidades de tener un bebe sano se recomienda a las adolescentes que ya están embarazadas:

- Recurrir al profesional de la salud u hospital público o privado para recibir atención prenatal a comienzos de la gestación y de forma regular durante todo el embarazo.
- Llevar una dieta nutritiva y equilibrada

Para prevenir el embarazo no deseado en adolescentes

- Educar, para vivir una sexualidad responsable, fomentando en el adolescente juicios propios, dado que se ha comprobado que los criterios externos no educan y que son, los conocimientos, las experiencias las que orientan y forman.

Ofrecer a nuestros jóvenes una Educación Sexual responsable, honesto, etc.

Para reducir incremento de embarazos adolescentes, abortos, madres adolescentes solteras, matrimonio adolescentes inmaduros y promiscuidad,

Para evitar el incremento de una sexualidad adolescente prematura e irresponsable es necesario involucrar a toda la comunidad, padres, maestros, autoridades educativas, psicólogos; en la formación y en la información sexual, mejorando las relaciones padres - hijos, docentes - alumnos y adulto -adolescentes, para en base a la correcta orientación proporcionar al joven la posibilidad de decidir en su sexualidad con consciencia y responsabilidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Avila D, Moreta J, MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS Y LAS ADOLSECENTES, Ministerio de Salud Publica, impresión activa 321 70 80 año 2005 páginas 11-15
2. Hinostroza D, RELACIÓN ENTRE ABORTO ESPONTÁNEO Y EDAD PATERNA, Revista Panamericana de Salud Pública, vol.13 no.6 Washington June 2003, <http://www.scielosp.org> (disponible en Febrero del 2008)
3. Mirarchi L, Aborto, Bioética y derecho, Copyright 2005, Actualizado 28 de marzo 2006, <http://www.bioetica.org>
4. Hinostroza D, EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE PRECOZ, Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 3 n. 4 Washington Apr. 1998, <http://www.scielosp.org>
5. Proaño C, EL ABORTO EN LAS ADOLESCENTES, Diario El Universo, eluniverso.com Noticias del Ecuador y del mundo, Pág. 5, Guayaquil, Ecuador (disponible Junio del 2008)
6. Riofrío L, Datos estadísticos del Ecuador, Actividad sexual y salud reproductiva en mujeres de 15 a 24 años de edad (adolescentes y jóvenes) 2004 <http://www.endemain.com> (disponible Abril del 2008)
7. Cunningham J.L, Aborto. Seminario, Cátedra de Medicina Legal. Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica. 2000.
8. Alvarez L, Díaz E. Factores del aborto inducido: un estudio multivariado. Salud Reproductiva en Cuba. Vol II. NACIONES UNIDAS-UH-INEM-CEDEM-OMS, 323-329, 1999.

9. Távara L, Mimbela J, y Núñez M. Manejo ambulatorio del aborto. Reproducción Humana. Colegio Médico del Perú. Lima Agosto 2001, pág. 266-271
10. Benítez M. La epidemia del aborto. Salud Reproductiva en Cuba. Vol II, NACIONES UNIDAS-UH-INEM-CEDEM-OMS, 303-307, 2002.
11. Silver J, Munis M, Madaleno M. MANUAL DE MEDICINA DEL ADOLESCENCIA, publicación de la Organización Mundial de la Salud N° 20, 2000, paginas 77-79
12. Lewis, V. The biology of early pregnancy loss, in Woods, J.R., Jr., and Woods, J.L.E. (eds): Loss During Pregnancy or in the Newborn Period, Pitman, NJ, Jannetti Publications, Inc., 1999, páginas 37-69.
13. Cárdenas L. Aborto No Provocado. Seminario, Cátedra de Medicina Legal. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 2001, Pág. 2.
14. Alfonso L, Reyes Díaz, Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud, Rev Cubana Salud Pública v.29 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2003, <http://scielo.sld.cu/scielo>.
15. Díaz E, Factores de riesgo demográficos y sociales del aborto, Alvarez A, Rev Cubana Salud Pública v.27 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 2001, <http://scielo.sld.cu/scielo>.
16. García Alvarez CT, Seuc Jo A. Factores relacionados con la selección entre aborto o la continuación del embarazo en las adolescentes. Salud Reproductiva en Cuba, Vol. II. NACIONES UNIDAS, 2000:361-369.

17. Breakwell GM. Psychological and social characteristics of teenagers who have children. En The politics of pregnancy: adolescent sexuality and public policy. Ed. A. Lawson y D.L. Rhode. New Haven. Connecticut. Yale Univ. Press, 1993.
18. Audra R, MD, Aborto espontáneo, Department of Obstetrics and Gynecology, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA. Review provided by VeriMed Healthcare Network, Actualizado: 9/19/2006, <http://www.nlm.nih.gov>.
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of Recurrent Early Pregnancy Loss. ACOG Practice Bulletin, número 24, febrero de 2001.
20. Wilcox, A.J., et al. Incidence of Early Loss of Pregnancy. New England Journal of Medicine, volumen 319, número 4, julio de 1997, págs. 189-194.
21. Li, D.K., et al. Exposure to Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs During Pregnancy and Risk of Miscarriage: Population Based Cohort Study. British Medical Journal, volumen 327, pág. 368.
22. Díaz P, Incidencia del aborto en embarazadas adolescentes, Polanco E, <http://www.indexmedico.com> (disponible Mayo del 2008)
23. Cunningham, G.; MacDonald, P. C.; Gant, N. F.; Leveno, K. J.; Gilstrap, L.C. Williams Obstetricia. Sexta Edición. Quinta reimpresión. Masson, S.A. 2001. 639 pp.

24. Laterra C, GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS. AMENAZA DE PARTO PREMATURO, Andina E, Di Marco I, División Obstetricia. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, pag 407, 2005.
25. Gonzales- Enders R. Costos del tratamiento hospitalario del aborto. Consideraciones médico- sociales para el tratamiento del aborto. Movimiento Manuela Ramos, Bolivia, Mayo 1999, pág. 85-89.
26. Nelen, W.L.D.M., et al. Homocysteine and folate levels as risk factors for recurrent early pregnancy loss. Obstetrics & Gynecology, volumen 95, número 4, abril de 2000, páginas 519-524.
- Scott, J.R. Early pregnancy loss, in Danforth's Obstetrics and Gynecology, Eighth Edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 1999, páginas 143-153.
27. Alonso B, Embarazo y aborto en adolescentes, Jiménez Milena, Rojas M, Vargas Ana, Med. leg. Costa Rica v.20 n.1 Heredia mar. 2003.
28. Osofsky et al. Efectos psicológicos del aborto legal. Clinics of Obstetrics. Departamento de Desarrollo Humano y Estudios Familiares, Universidad de Comell. Marzo 1971pg. 232,233,<http://www.scielosp.org>

ANEXO N° 1

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
<i>Estado civil</i>	<i>Modos de vivir, estado de convivir, relaciones interpersonales de convivencia.</i>	<i>Estado de convivencia o de relación interpersonal de la adolescente.</i>	<i>Hoja de CLAP, Base de Datos.</i>	<i>Soltera Casada Divorciada Viuda Unión Libre</i>
<i>Instrucción</i>	<i>Educación, conociendo, saber, ilustración, erudición, cultura, caudal de conocimientos adquiridos.</i>	<i>Grado de escolaridad o instrucción alcanzado</i>	<i>Hoja de CLAP, Base de Datos.</i>	<i>Años de estudio Analfabeta 1 – 6 (Primaria) 7 – 12 (Secundaria) + 12 (Superior)</i>
<i>Residencia</i>	<i>Es morada, habitación, lugar de vivienda, domicilio.</i>	<i>Adolescentes que viven en zona urbana. Adolescente que vive en zona rural</i>	<i>Hoja de CLAP, Base de Datos.</i>	<i>Urbana Rural</i>
<i>Ocupación</i>	<i>Actividad principal que realizan los individuos con o sin fin de lucro</i>	<i>Tipo de actividad de la paciente</i>	<i>Hoja de CLAP, Base de Datos.</i>	<i>Estudiante QQ.DD. Empleada Doméstica Comerciante Agricultor Otros</i>

<i>Antecedentes Gineco Obstétricos.</i>	<i>Antecedentes de patologías previas ginecológicas-obstétrica</i>	<i>Enfermedades ginecológicas-obstétricas previas de la adolescente</i>	<i>Hoja de CLAP, Base de Datos.</i>	<i>Aborto Óbitos A.P.P Otros</i>
<i>Control Prenatal</i>	<i>Conjunto de acciones o procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal</i>	<i>Consultas prenatales realizadas por la adolescentes</i>	<i>Hoja de CLAP, Base de Datos.</i>	<i>Control. Prenatal 1-4 Control prenatal > 4 Sin control prenatal</i>
<i>Antecedentes patológicos personales</i>	<i>Patologías previas durante el transcurso de su vida.</i>	<i>Enfermedades previas de la adolescente</i>	<i>Hoja de CLAP, Base de Datos.</i>	<i>H.T.A Diabetes Tuberculosis Pulmonar Infertilidad Cirugía pélvica - uterina Otros</i>
<i>Antecedentes Familiares patológicos</i>	<i>Patologías anteriores padecidas por los familiares.</i>	<i>Patología previa familiar</i>	<i>Hoja de CLAP, Base de Datos.</i>	<i>H.T.A Diabetes Tuberculosis Gemelares Otros</i>
<i>Anticonceptivos</i>	<i>Prevención de la concepción, con la finalidad de la planificación familiar o del control de la natalidad.</i>	<i>Anticonceptivos durante la vida reproductiva.</i>	<i>Hoja de CLAP, Base de Datos.</i>	<i>Si anticonceptivos No anticonceptivos</i>
<i>Hábitos</i>	<i>Formas, estilos de vida, costumbres, tendencias instintivas.</i>	<i>Hábitos tóxicos de la adolescente.</i>	<i>Hoja de CLAP, Base de Datos.</i>	<i>Fumar (numero de cigarrillos por día) Alcohol Drogas</i>

<i>Vitaminas</i>	<i>Las vitaminas son sustancias químicas no sintetizables por el organismo, indispensables para la vida, la salud, la actividad física y cotidiana</i>	<i>Administración de vitaminas durante el embarazo</i>	<i>Hoja de CLAP, Base de Datos.</i>	<i>Fe Folatos Acido Fólico</i>
------------------	--	--	-------------------------------------	--

ANEXO N° 2

TABLA N° 1

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN EDAD HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
MENORES DE 13	2	1,3

14-16	45	29,6
17-19	105	69,1
TOTAL	152	100

Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos

Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

TABLA N° 2

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN ESTADO CIVIL HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
SOLTERA	38	25

CASADA	9	6
DIVORCIADA	2	1
VIUDA	0	0
UNION LIBRE	103	68
TOTAL	152	100

Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos

Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

TABLA N° 3

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN INSTRUCCION HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007

INSTRUCCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
ANALFABETA	9	6
PRIMARIA INCOMPLETA	12	8
PRIMARIA COMPLETA	60	39

SECUNDARIA INCOMPLETA	56	37
SECUNDARIA COMPLETA	12	8
SUPERIOR	3	2
TOTAL	152	100

Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos

Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

TABLA N° 4

**FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADOLESCENTES SEGÚN PROCEDENCIA HOSPITAL TEOFILO DAVILA
MACHALA 2007**

PROCEDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
ZONA URBANA	102	67
ZONA RURAL	50	33
TOTAL	152	100

Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos
Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

TABLA Nº 5

**FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADOLESCENTES SEGÚN OCUPACION HOSPITAL TEOFILO DAVILA
MACHALA 2007**

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
ESTUDIANTE	19	13
QQ.DD	121	80
EMPLEADA DOMESTICA	8	5
COMERCIANTE	2	1
AGRICULTORA	0	0
OTROS	2	1
TOTAL	152	100

Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos

Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

TABLA N° 6

FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES SEGÚN ANTECEDENTES GINECOLOGICOS-OBSTETRICOS HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS-OBSTETRICOS	NUMERO	PORCENTAJE
1 ABORTO	115	76
2 ABORTOS	23	15
3 ABORTOS	9	6
MAS DE 4 ABORTOS	5	3
TOTAL	152	100

Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos

Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

TABLA N° 7

**FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADOLESCENTES SEGÚN CONTROLES PRENATALES REALIZADOS
HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007**

CONTROL PRENATAL	NUMERO	PORCENTAJE
CONTROL PRENATAL 1-4	38	25
CONTROLES PRENATAL + 4	31	20
SIN CONTROL PRENATAL	83	55
TOTAL	152	100

Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos

Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

TABLA N° 8

**FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN
 ADOLESCENTES SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES
 HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007**

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	NUMERO	PORCENTAJE
H.T.A	23	15.1
DIABETES	5	3.3
TUBERCULOSIS PULMONAR	3	1.9
INFERTILIDAD	0	0
CIRUGIA PELVICA UTERINA	5	3.3
OTROS	25	16.4
NINGUNO	91	59.9
TOTAL	152	100

*Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos
 Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala*

TABLA N° 9

**FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADOLESCENTES SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES
HOSPITAL TEOFILO DAVILA MACHALA 2007**

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS	NUMERO	PORCENTAJE
H.T.A	49	32.2
DIABETES	15	9.9
TUBERCULOSIS PULMONAR	2	1.3
GEMELARES	5	3.3
OTROS	61	40.1
NINGUNO	20	13.2
TOTAL	152	100

Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos

Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

TABLA N° 10

**FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADOLESCENTES SEGÚN USO DE ANTICONCEPTIVOS HOSPITAL
TEOFILO DAVILA MACHALA 2007**

USO DE ANTICONCEPTIVOS	NUMERO	PORCENTAJE
SI USAN ANTICONCEPTIVOS	15	10
NO USAN ANTICONCEPTIVOS	137	90
TOTAL	152	100

Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos

Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

TABLA N° 11

**FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADOLESCENTES SEGÚN HABITOS NEGATIVOS HOSPITAL TEOFILO
DAVILA MACHALA 2007**

HABITOS NEGATIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUMAR	34	22
ALCOHOL	47	31
DROGA	12	8
NINGUNO	59	39
TOTAL	152	100

Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos

Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

TABLA N° 12

**FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADOLESCENTES SEGÚN CONSUMO DE VITAMINAS HOSPITAL TEOFILO
DAVILA MACHALA 2007**

CONSUMO DE VITAMINAS	NUMERO	PORCENTAJE
SI CONSUMIO VITAMINAS	60	40
NO CONSUMIO VITAMINAS	92	60
TOTAL	152	100

Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos

Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

TABLA N° 13

**FRECUENCIA DEL ABORTO Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADOLESCENTES SEGÚN EL TIPO DE ABORTO HOSPITAL TEOFILO
DAVILA MACHALA 2007**

DIAGNOSTICO DE ABORTO	NUMERO	PORCENTAJE
ABORTO ESPONTANEO	58	38
ABORTO PROVOCADO	94	62
TOTAL	152	100

Fuente: Hoja de CLAP, Base de Datos

Autoras: María José Astudillo – María del Carmen Arichábala

ANEXO N. 3

ADAPTADO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE CLAP - OPS - OMS

